ENCYCLOPÉDIE
sur le développement
des jeunes enfants

Attachement

Mise à jour : Juin 2022
Éditeur au développement du thème :
Marinus van IJzendoorn, Ph.D., Leiden University, Pays-Bas

Table des matières

Synthèse 6

L'impact de l'attachement du jeune enfant à la mère et au père sur le développement psychosocial des enfants jusqu'au début de l'âge adulte 10
KARIN GROSSMANN, PH.D., KLAUS E. GROSSMANN, PH.D., JUIN 2019

Désorganisation des stratégies d'attachement pendant la petite enfance et l'enfance 19
KATE HENNIGHAUSEN, PH.D., KARLEN LYONS-RUTH, PH.D., DÉCEMBRE 2019

Attachement à l'âge précoce (0-5 ans) et impacts sur le développement des jeunes enfants 27
MARINUS VAN IJZENDOORN, PH.D., SEPTEMBRE 2019

Attachement pendant la petite enfance Commentaires sur van IJzendoorn, et Grossmann et Grossmann 34
GREG MORAN, PH.D., SEPTEMBRE 2020

L'attachement et son impact sur le développement des enfants : commentaires sur van IJzendoorn, Grossmann et Grossmann , Hennighausen et Lyons-Ruth 39
CHARLES H. ZEANAH JR., M.D., PRACHI SHAH, M.D., MARS 2007

Attachement sécurisé et désorganisé dans les familles maltraitantes et en milieu institutionnel 46
MARIAN J. BAKERMANS-KRANENBURG, PH.D.,[1] MARINUS H. VAN IJZENDOORN, PH.D.[2,3], JUILLET 2020

Les interventions portant sur l'attachement et leur impact sur la qualité de l'attachement chez les nourrissons et les jeunes enfants 53
MARY DOZIER,[1] PH.D., KRISTIN BERNARD,[2] PH.D, JUIN 2020

Programmes d’intervention et de prévention portant sur l’attachement et destinés aux jeunes enfants 58
BYRON EGELAND, PH.D., JUILLET 2019

Interventions portant sur l’attachement : Commentaires sur Dozier, Egeland, et Benoit 66
SHEREE L. TOTH, PH.D., MARS 2007

Soutenir les familles pour former des liens d’attachement sécurisant : commentaires sur Benoit, Dozier et Egeland 71
FEMMIE JUFFER, PH.D., MARIAN J. BAKERMANS-KRANENBURG, PH.D., & MARINUS H. VAN IJZENDOORN, PH.D., MARS 2007

L’entrée précoce en garderie et le lien d’attachement sécurisant entre la mère et son nourrisson 78
JAY BELSKY, PH.D., MAI 2020

Les origines de la sécurité de l’attachement dans les services de garde et à la maison : Commentaires sur Belsky 85
ROSS A. THOMPSON, PH.D., FÉVRIER 2021

Intervention axée sur l’attachement et évaluation dans le contexte de la maltraitance : un commentaire sur Bakermans-Kranenburg et van IJzendoorn 91
[1,2]CHANTAL CYR, PH.D., [3,4]KARINE DUBOIS-COMTOIS, PH.D. & PSYCHOLOGUE, [2,5]KATHERINE PASCUZZO, PH.D., NOVEMBRE 2020

©2007-2025 ABILIO | ATTACHEMENT

Thème financé par

Synthèse

Est-ce important?

L’attachement réfère au lien émotionnel entre l’enfant et son parent ou son principal dispensateur de soins. On le décrit comme un ensemble d’interactions émotionnelles et comportementales qui se développe au fil du temps, particulièrement dans les situations où l’enfant exprime un besoin d’attention, de réconfort, de soutien ou de sécurité. La sensibilité parentale, définie comme la capacité des parents à percevoir, à interpréter et à réagir promptement et de manière appropriée aux signaux et aux besoins de leur enfant influence la qualité de la relation d’attachement. Selon Bowlby, la relation développée avec les parents ou les principaux dispensateurs de soins est la plus influente dans la vie des enfants. Une relation qui permet à l’enfant de se sentir en sécurité favorise non seulement une évolution développementale positive, mais influence également la qualité des relations ultérieures avec les pairs et les partenaires amoureux.

Une relation parent-enfant sécurisante aide l’enfant à réguler ses émotions lors des situations stressantes et à explorer son environnement avec confiance. Un attachement sécurisé favorise également le développement cognitif, émotionnel et langagier de l’enfant. De plus, les enfants qui ont un attachement sécurisé avec leur parent sont prédisposés à adopter des comportements sociaux positifs (par ex., des comportements empathiques et coopératifs) qui les aident à développer des relations ultérieures positives. En revanche, l’attachement insécurisé ou désorganisé accroît le risque de problèmes de comportement et de psychopathologies chez l’enfant, par exemple l’agressivité lors des années préscolaires et scolaires, la dépression, et l’inadaptation socio-émotionnelle.

Que savons-nous?

On pense que l’attachement se développe en quatre phases :

1. 1L’enfant répond de façon indiscriminée à tous ceux qui entrent en contact avec lui et lui offrent de l’affection;

2. Les comportements de l’enfant (regards, pleurs, sons, sourires, babillage) sont destinés à des personnes spécifiques;
3. L’enfant pose des gestes actifs qui démontrent son attachement envers ses principaux dispensateurs de soins et il devient anxieux lorsqu’il est séparé d’eux;
4. L’enfant entre dans une phase de « partenariat à but corrigé » dans laquelle il négocie avec ses dispensateurs de soin.

La relation d’attachement entre le parent et l’enfant est typiquement évaluée par une procédure nommée situation étrangère, qui permet d’examiner les réactions de l’enfant lorsqu’il retrouve son parent après une brève séparation. On peut caractériser divers types de relations d’attachement à partir de ces interactions. Les enfants qui recherchent activement la proximité de leur parent lors de la réunion et communiquent leur détresse ont un attachement sécurisé. Les enfants qui évitent leur parent ou restent inconsolables lors de la réunion ont généralement un attachement insécurisé. De plus, certains enfants présentent un style d’attachement désorganisé caractérisé par des comportements contradictoires envers le parent (par ex., un fort évitement suivi d’une recherche intense de contact, d’une grande détresse ou de colère). La sensibilité des parents au cours des premières années joue un rôle clé dans l’émergence d’un attachement sécurisé. Par exemple, le soutien parental, l’acceptation de l’enfant et les comportements sensibles lors des jeux partagés favorisent un attachement sécurisé. En revanche, la violence conjugale, la négligence et des soins insensibles ou qui alimentent la peur chez l’enfant, ou la maltraitance sont d’importants prédicteurs d’un attachement insécurisé et/ou désorganisé. Tout changement dans l’acceptation parentale ou toute perturbation au sein de la famille peut altérer l’évolution de la relation d’attachement dans un sens ou dans l’autre, de façon temporaire ou permanente.

Des études suggèrent que la fréquentation d’une garderie peut avoir des effets indirects sur la relation d’attachement en fonction de nombreux facteurs tels que le contexte social (familial, culturel, sociétal). En effet, on a montré que cet impact varie d’un pays à l’autre (par ex., Australie, Israël, États-Unis). Son impact est également lié à la qualité, au type, à l’horaire et à la quantité de soins offerts à la garderie. Bien que des services de garde de haute qualité puissent atténuer l’effet négatif de l’insensibilité parentale dans certains cas, la sécurité de l’attachement entre le parent et l’enfant est principalement tributaire de la sensibilité des soins maternels.

Le fait que le développement adaptatif d’un enfant dépende énormément de l’environnement de soutien que lui offre le parent prend une importance particulière si l’on considère les millions de famille du monde entier qui ont été forcées de quitter leur foyer. En raison de ces conditions et des niveaux de stress inhabituels qu’elles engendrent, les parents manquent de ressources psychologiques ou physiques nécessaires pour fournir à leurs enfants en développement l’environnement dont ils ont besoin.

Que peut-on faire?

Comme la qualité de la relation parent-enfant en bas âge entraîne des conséquences tout au long de la vie, les programmes de prévention et d’intervention conçus pour favoriser un attachement sécurisé sont d’une importance cruciale. Cela dit, d’importants facteurs doivent être pris en considération lors de l’implantation de ces programmes, dont leur contenu, leur durée, l’accent qu’ils mettent sur les comportements et les populations qu’ils ciblent (populations à risque ou non).

Les interventions les plus efficaces pour améliorer la sécurité de l’attachement semblent être celles qui accentuent la sensibilité parentale. Ces interventions ont généralement pour objectif d’établir une relation chaleureuse et de montrer au parent comment réagir correctement aux signaux d’attachement de l’enfant en fonction de l’âge de ce dernier.

Plusieurs programmes utilisent la rétroaction par vidéo pour aider les parents à prendre conscience de leur style interactionnel et des besoins de leurs enfants. Pour obtenir les meilleurs résultats, les interventions doivent être de courte durée et être menées lorsque l’enfant a au moins six mois. Cependant, les familles présentant divers problèmes peuvent avoir besoin d’un soutien à plus long terme, mais aussi d’ordre plus général afin de les aider à faire face aux difficultés du quotidien et de leur permettre de se concentrer sur la sensibilité. De même, axer exclusivement sur la sensibilité parentale peut être insuffisant ou inefficace pour prévenir l’attachement désorganisé. Des interventions à domicile soutenues et intensives sont recommandées pour réduire ce type d’attachement. Elles devraient chercher en priorité à réduire ou à éliminer totalement les comportements atypiques des dispensateurs de soins (par exemple, les comportements menaçants).

Pour les professionnels, il est également essentiel de recevoir une formation portant sur la théorie de l’attachement et l’observation afin de pouvoir effectuer avec succès davantage

d’évaluations et d’interventions auprès de parents qui maltraitent leur enfant. Par exemple, l’organisme montréalais CARE (Communauté de pratiques sur l’attachement et l’intervention relationnelle) offre tous les mois aux professionnels des séances de groupe supervisées afin de favoriser la formation continue.

Finalement, il est important de s’assurer que les familles à risque, notamment celles des mères monoparentales, reçoivent les ressources sociales et financières nécessaires pour offrir un environnement favorable à leurs jeunes enfants. Les services offerts au début de la vie aideraient à prévenir les trajectoires développementales à long terme associées à la psychopathologie de l’enfant.

L’impact de l’attachement du jeune enfant à la mère et au père sur le développement psychosocial des enfants jusqu’au début de l’âge adulte

Karin Grossmann, Ph.D., Klaus E. Grossmann, Ph.D.

University of Regensburg, Allemagne

Juin 2019, 3e éd. rév.

Introduction

L’approche de Bowlby et d’Ainsworth relative au développement de la personnalité reposait sur l’éthologie[1,2] et la recherche interculturelle,[3,4] conservant les questions centrales de la psychanalyse traditionnelle[2] et faisant appel au concept de la représentation mentale suggéré par la psychologie cognitive. L’approche éthologique signifie : a) une description et un classement minutieux du comportement du nourrisson et de l’enfant;[5] b) la référence à l’environnement postulé de l’adaptation de l’évolution des humains, tel que prouvé par les réactions intenses des jeunes humains lorsque laissés seuls dans un environnement inconnu avec des étrangers; et c) l’analyse des fonctions de l’émotion et des comportements dans un contexte social.[6] Des observations de sensibilité guidées par des considérations éthologiques dans des environnements éloignés non occidentaux attestent de l'applicabilité générale de cette approche de recherche.[7] L’attachement sert à assurer la protection et les soins, et l’attachement sécurisant sert à soulager la détresse, à restaurer l’homéostasie physiologique et à encourager l’exploration. De récentes études ont également documenté l’impact de l’attachement sur le plan biologique et neurobiologique.[8,9] Par exemple, c’est par les relations d’attachement que le jeune enfant commence à associer des émotions à des situations qu’il observe et à assimiler le langage qui les exprime. De plus, des relations d’attachement non pathologiques sont le point de départ d’une acculturation affective, sociale et cognitive.[10]

Pendant la petite enfance, les relations d’attachement avec les parents et les donneurs de soins significatifs sont prédominantes, ce sont les relations les plus influentes dans la vie d’un enfant. Elles préparent le terrain aux fonctionnements physiologiques des nourrissons, aux interprétations affectives et cognitives des expériences sociales et non sociales, au développement du langage, à l’acquisition de la signification du soi et des autres dans des

situations sociales complexes. Plus tard, ces relations d'attachement sont pour l'enfant un moyen d'accepter et d'assimiler sa culture.[11] L'attention conjointe apparaît être le processus central[12] et émerge vers l'âge de neuf mois, au moment où l'anxiété face aux étrangers est la plus élevée. Cela permet au nourrisson d'apprendre d'abord à connaître la culture de sa famille dans sa langue maternelle. Les relations d'attachement, qui étaient vitales pour la survie du nourrisson pendant l'évolution humaine,[13] continuent à influencer les pensées, les sentiments, les motivations et les relations intimes tout au long de la vie. Les premières expériences de l'enfant quant aux soins qu'il reçoit et à la relation d'attachement qu'il a avec la personne qui s'occupe de lui ont une incidence durable sur sa façon de réagir au stress.[9]

Dans le cadre de la biologie évolutionniste moderne, la théorie de l'attachement se centre sur l'intérêt « génétiquement égoïste » de l'enfant, qui consiste à recevoir le plus de ressources physiques et psychologiques possibles de la part de ses parents.[6,13] En ce qui a trait au conflit entre les parents et leur progéniture, selon Trivers,[14] la théorie de l'attachement est centrée sur l'aspect progéniture de ce conflit, et sur la volonté ou le manque de volonté du parent d'investir dans un descendant particulier. Cependant, l'opinion des parents et leur perspective à long terme peuvent possiblement expliquer les différences en matière d'investissement parental dans les soins et de sensibilité envers les différents enfants.[15] Cela peut aussi expliquer la concordance relativement modérée des modèles d'attachement, même chez les jumeaux monozygotes.[16]

Sujet

La théorie de l'attachement pose comme postulat une relation causale entre l'expérience d'un individu avec ses parents ou avec les figures d'attachement et la capacité à tisser des liens affectifs plus tard. Si l'enfant reçoit en temps opportun des soins empreints de tendresse et d'amour de la part du père et de la mère, ainsi que du soutien visant à le rendre autonome quand il explore son environnement, ces expériences sont censées a) lui donner un sentiment de valeur, une confiance envers l'obligeance des autres et lui permettre d'explorer son environnement avec confiance; b) être une condition préalable optimale à des relations mutuellement favorables et durables à l'âge adulte, et c) servir de modèle pour la parentalité ultérieure.[10,17] L'exploration qui a lieu avec confiance et compétence équivaut à notre concept d'exploration « sécurisante ».[18] La « sécurité psychologique » que nous préconisons découle d'un attachement sécurisant combiné à une exploration sécurisante.[18]

Problèmes

Au début, la recherche sur l'attachement utilisait une seule méthode pour évaluer la qualité de l'attachement pendant la petite enfance, en employant un paradigme de séparation-réunion (la situation étrange). Cependant, les résultats de la recherche indiquaient que l'évaluation de la situation étrange père-enfant était peu valable pour prédire le développement psychosocial subséquent.[19] Ce sont plutôt la qualité de l'interactivité entre le père et l'enfant pendant le jeu ou l'exploration et les défis adaptés aux compétences du jeune enfant qui semblent le mieux prédire son développement.[20,21,22] Un autre défi relatif à la recherche sur l'attachement est non seulement une question de mesure mais aussi une question de recherche conceptuelle et ouverte : comment les modèles comportementaux d'attachement du nourrisson deviennent-ils des modèles de qualité du discours verbal sur la représentation de l'attachement plus tard? [23]

Contexte de la recherche

Deux études longitudinales sur le développement social et affectif des enfants de familles biparentales appartenant à la classe moyenne et qui n'étaient pas à risque ont été entreprises au milieu et à la fin des années 1970 : le projet Bielefeld, ou projet 1 qui a commencé à la naissance des nourrissons; et le projet Regensburg ou projet 2, qui a débuté quand les nourrissons avaient 11 mois.[11] Les chercheurs ont évalué les expériences des enfants dans les domaines de l'attachement et de l'exploration dans la petite enfance, l'enfance et l'adolescence, avec le père et la mère, à l'aide d'observations libres ou normalisées. Des entrevues semi-structurées sur des sujets relatifs à la famille ont eu lieu à de nombreuses reprises avec les parents et, plus tard, avec les enfants. Ils ont évalué les représentations de l'attachement à 10, à 16 et à 22 ans, les représentations de l'amitié à 16 ans et celles du partenariat à 20 ou à 22 ans. Afin d'analyser les influences précoces sur la représentation des relations intimes, les chercheurs ont rassemblé les données sur l'attachement de l'enfant et les stratégies exploratoires, la sensibilité et le soutien maternels et paternels pour la période de la petite enfance (de 0 à 3 ans), de l'enfance (de 5 à 10 ans) et de l'adolescence (de 16 à 18 ans).[11] De plus, nous avons effectué diverses études dans d'autres cultures[24] et ajouté de nouveaux éléments à la longue tradition de la recherche interculturelle sur l'attachement.[25]

Questions clés pour la recherche

Comment se développe la capacité de former des liens affectifs? À quel point les qualités d'attachement des nourrissons à la mère et au père pendant les deux à trois premières années est-elle prédictive de la capacité des adolescents et des jeunes adultes à envisager les relations

de partenariat. Sur quoi repose la conception des relations d’attachement qu’ont les jeunes adultes?

Résultats de recherche

Nos projets longitudinaux ont révélé plusieurs conclusions importantes :[11]

1. La sécurité de l’attachement à l’adolescence et pendant l’enfance prédisait de façon significative la sécurité de la représentation de l’attachement et de l’association à 22 ans. Les précurseurs de la capacité à tenir un discours clair sur les questions de l’attachement étaient déjà observables à six et à 10 ans.[23,26]
2. Le soutien sensible des mères et des pères, l’acceptation de l’enfant et les comportements stimulants appropriés, chacun pris isolément et ensemble, étaient des prédicteurs puissants des modèles de fonctionnement interne des relations intimes au début de l’âge adulte.
3. La sensibilité des mères et des pères pendant le jeu conjoint avec leur enfant dans différents milieux durant les six premières années de sa vie a contribué significativement aux représentations ultérieures que l’enfant avait des relations de partenariat. Pendant le jeu, la sensibilité parentale se traduisait par un soutien et des comportements qui encouragent la collaboration et la résolution de problèmes de façon autonome.
4. Contrairement aux autres études longitudinales sur le développement de l’attachement, les modèles d’attachement manifestés par les nourrissons, lors de la situation étrange, à la mère à 12 mois ou au père à 18 mois, n’ont pas prédit de représentation de l’attachement au-delà de l’enfance dans aucun des deux projets. La variable unique la plus influente dans le projet 1 était le comportement stimulant et sensible du père envers son jeune enfant de 24 mois durant le jeu.[11]
5. Le projet 1 est un exemple de la complexité des trajectoires développementales au-delà de l’enfance. À la fin de la première année, seulement 33 % des nourrissons avaient manifesté un modèle d’attachement sécurisant envers la mère et seulement 41 % envers le père lors de la situation étrange. Un modèle d’attachement sécurisant envers la mère prédisait tout de même un meilleur développement jusqu’à l’âge de 10 ans. Nous avons indiqué que la proportion élevée d’évitement dans cet échantillon était attribuable aux exigences culturelles allemandes d’autonomie précoce dans les années 1970 et ne signifiait pas

nécessairement un rejet de la part des parents, comme en témoigne la sensibilité maternelle.[27]

6. Dans le projet 1, un modèle d'attachement non sécurisant pendant l'enfance prédisait un développement social et émotif moins optimal uniquement si l'enfant ne bénéficiait pas de soins parentaux attentifs et soutenants dans le domaine de l'exploration. Plus important encore, le rejet parental pendant la moitié de l'enfance, la perte d'un ami proche, la séparation des parents et la perte réelle ou imminente d'un parent étaient davantage associés à une représentation insécure de l'attachement chez les adolescents.[28]
7. Cependant, vers 22 ans, plusieurs sujets avaient réfléchi à cette expérience d'attachement de telle sorte que le divorce des parents n'était donc plus une variable majeure, mais uniquement une variable intermédiaire. L'élément le plus déterminant de l'attachement et de la représentation de la relation de partenariat à 22 ans était la représentation de l'enfant du soutien maternel et paternel pendant le milieu de l'enfance et le rejet de l'enfant par la mère et ou par le père, tel qu'indiqué dans une longue entrevue semi-structurée effectuée lorsque les enfants étaient âgés de 10 ans.[29]
8. Le développement socio-affectif des enfants qui n'étaient pas à risque dans les deux projets était influencé, pendant les années d'immaturité, par de nombreux facteurs souvent indépendants l'un de l'autre. La qualité de l'attachement du nourrisson envers la mère était indépendante de celle envers le père, tout comme la sensibilité maternelle et paternelle envers le jeune enfant relativement au jeu. La sécurité de l'attachement du nourrisson, le divorce ou la perte d'un parent ne permettaient pas de prédire le rejet parental pendant la moitié de l'enfance. Chaque facteur pouvait détourner la trajectoire développementale de l'enfant vers une direction plus adaptative ou non adaptative.[11,29]

Notre propre recherche transculturelle chez les nourrissons japonais et trobriandais a confirmé trois des quatre hypothèses centrales sur la théorie de l'attachement:[25] 1) l'attachement du nourrisson envers au moins un adulte qui prend soin de lui est universel; 2) le modèle sécurisant de l'attachement était aussi la norme dans les deux groupes; et 3) il y a un lien positif entre la sécurité de l'attachement et la compétence.[6,24] Notre récente recherche répertoriait aussi plusieurs études qui appuyaient le concept d'exploration sécurisante et sa corrélation positive avec l'attachement sécurisant. La sécurité psychologique était liée à la compétence cognitive, à une ouverture envers le rôle et les comportements des femmes et des hommes, ainsi qu'à des transitions et à des adaptations harmonieuses au sein du système scolaire.[18]

Conclusion

Les jeunes enfants qui ont un père et une mère sensibles, conciliants et soutenants amorcent une trajectoire de développement psychosocial positive. Ces expériences dans le domaine de l’attachement et de l’exploration sont à la base des modèles sécurisants de relations intimes et d’autonomie saine dans le domaine de l’apprentissage.[30] Elles sont susceptibles de se reproduire dans d’autres relations intimes pendant l’enfance, l’adolescence et au début de l’âge adulte. Les changements d’acceptation parentale ou de perturbation familiale peuvent modifier la trajectoire dans les deux directions de façon temporaire ou permanente.[10,11]

La meilleure façon d’évaluer les expériences subjectives de l'enfant est de faire preuve d’ouverture d’esprit et de procéder à des observations fiables de la qualité des interactions dans des situations structurées[3] et à l’aide d’entrevues semi-structurées qui permettent de découvrir de nouvelles catégories. Les analyses du fonctionnement adaptatif du système de l’attachement doivent porter sur les irritations, les expériences et les émotions négatives. Les analyses de l’exploration sécurisante doivent être axées sur les défis relatifs aux compétences de l'enfant[31] et aborder la co-construction du sens avec des adultes familiers.[32] Les réactions émotives adéquates aux évènements réels et les tentatives de trouver des solutions appropriées avec l’aide de personnes de confiance sont des indicateurs fiables de la sécurité de l’exploration.

Implications pour les politiques et les services

Tout au long de la petite enfance, la sensibilité de la personne qui prend soin de l’enfant suppose une compréhension et une interprétation exactes des expressions verbales et non verbales de l’enfant ainsi que des réactions rapides et appropriées à ces expressions. Le pré-requis de la sensibilité est l’adaptation des interactions aux rythmes de l’enfant, en fonction de sa bonne et de sa mauvaise humeur. La qualité des soins maternels façonne les systèmes neurobiologiques qui régissent les réactions au stress.[9] Une plus grande sensibilité a été identifiée chez les mères et les pères qui accordaient de la valeur à l’attachement en se basant sur leurs souvenirs d’avoir eux-mêmes été acceptés et traités avec sensibilité lorsqu’ils étaient jeunes.[29] De même, dans une relation intime dans laquelle l'enfant se sent en sécurité, avec une personne qui en prend soin autre que ses parents ou un mentor, fera amplement preuve d’attention conjointe envers des objets et des évènements sociaux et non sociaux. L’apprentissage est plus efficace si l'enfant se sent valorisé par la personne médiatrice.[33]

Les parents qui ont eu une enfance difficile ou qui ont un nourrisson qui a des besoins spéciaux doivent bénéficier d'aide dans quatre domaines clés : 1) comprendre le développement de l'enfant à tous les niveaux; 2) apprendre à réagir avec sensibilité envers leur enfant;[34,35] 3) trouver du plaisir et suffisamment de temps pour avoir des interactions sensibles et réconfortantes avec l'enfant dans des situations relatives à l'attachement ainsi qu'à l'exploration. Durant les années subséquentes, recevoir de l'aide dans plusieurs domaines devient important tel que 4) trouver pour l'enfant des mentors et des éducateurs qui s'investissent et qui sont bien informés de même que suivre de près le groupe d'amis de l'enfant. Ceci est particulièrement important lorsque la propre éducation ou acculturation des parents contient trop de lacunes. L'attachement sécurisant est un préalable nécessaire, mais insuffisant pour devenir un membre coopératif, utile et accepté d'un groupe et de la société. Afin que les enfants puissent faire face avec succès aux nombreuses difficultés inhérentes à leurs relations sociales ainsi qu'à leurs exigences culturelles, l'exploration sécurisante doit servir de complément aux attachements sécurisants.

Références

1. Ainsworth MDS, Bowlby J. An ethological approach to personality development. *American Psychologist* 1991;46(4):333-341.
2. Bowlby J. By ethology out of psycho-analysis: An experiment in inter-breeding. *Animal Behaviour* 1980;28(Aug):649-656.
3. Ainsworth MDS. *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love.* Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1967.
4. Grossmann KE, Bretherton I, Waters E, Grossmann K, eds. Maternal sensitivity. Mary Ainsworth's enduring influence on attachment theory, research, and clinical applications. London: Routledge; 2015.
5. Hinde R. Ethology and attachment theory. In: Grossmann KE, Grossmann K, Waters E, eds. *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*. New York, NY: Guilford Press; 2005:1-12.
6. Grossmann KE, Grossman K. Universality of human social attachment as an adaptive process. In: Carter CS, Ahnert L, Grossmann KE, Hrdy SB, Lamb ME, Porges SW, Sachser N, eds. *Attachment and bonding: A new synthesis*. Cambridge, Mass: The MIT Press; 2005:199-229. Dahlem Workshop Report 92.
7. Grossmann KE, Grossmann K. (2018). Universal and culturally specific aspects of sensitive responsiveness to young children. *Attachment & Human Development*. March 29, 2018:1-8. [Epub ahead of print]. doi:10.1080/14616734.2018.1454054
8. Coan JA. Toward a neuroscience of attachment. In: Cassidy J, Shaver PR, eds. Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2008:241-265.
9. Fox NA, Hane AA. Studying the biology of human attachment In: Cassidy J, Shaver PR, eds. Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2008: 217-240.
10. Sroufe LA, Egeland B, Carlson EA, Collins, WA. *The development of the person. The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood.* New York: Guilford Press; 2005.
11. Grossmann K, Grossmann KE, Kindler H. Early care and the roots of attachment and partnership representations in the Bielefeld and Regensburg Longitudinal Studies. In: Grossmann KE, Grossmann K, Waters E, eds. *Attachment from infancy*

to adulthood: The major longitudinal studies. New York, NY: Guilford Press; 2005:98-136.

12. Tomasello M. *The cultural origins of human cognition*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1999.
13. Hrdy, S.B. Evolutionary context of human development: The cooperative breeding model. In: Carter CS, Ahnert L, Grossmann KE, Hrdy, SB, Lamb ME, Porges SW, Sachser N, eds. *Attachment and bonding: A new synthesis*. Cambridge, Mass: The MIT Press; 2005:9-32. Dahlem Workshop Report 92.
14. Trivers RL. Parent-offspring conflict. *American Zoologist* 1974;14(1):249-264.
15. Hrdy SB. *Mother nature: A history of mothers, infants, and natural selection*. 1st Ed. New York, NY: Pantheon Books; 1999.
16. van IJzendoorn M, Moran G, Belsky J, Pederson D, Bakermans-Kranenburg MJ, Kneppers K. The similarity of siblings' attachments to their mother. *Child Development* 2000;71(4):1086-1098.
17. Bowlby J. *Attachment and loss. Vol. 1: Attachment*. 2nd ed. New York: Basic Books; 1999.
18. Grossmann K, Grossmann KE, Kindler H, Zimmermann P. A wider view of attachment and exploration: The influence of mothers and fathers on the development of psychological security from infancy to young adulthood. In: Cassidy J. Shaver PR, eds. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2008:857-879.
19. Lamb ME, Lewis C. The development and significance of father-child relationships in two-parent-families. In: Lamb ME, ed. *The role of the father in child development*. 4th ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc; 2004 :272-306.
20. Grossmann KE, Grossmann K, Keppler A. Universal and culturally specific aspects of human behavior: The case of attachment. In: Friedlmeier W, Chakkarath P, Schwarz B, eds. *Culture and human development: The importance of cross-cultural research to the social sciences*. New-York, NY: Psychology Press; 2005:75-97.
21. Grossmann K, Grossmann KE, Fremmer-Bombik E, Kindler H, Scheuerer-Englisch H, Zimmermann P. The uniqueness of the child-father attachment relationship: Fathers' sensitive and challenging play as a pivotal variable in a 16-year longitudinal study. *Social Development* 2002;11(3):307-331.
22. Parke R, Dennis J, Flyr ML, Morris KL, Killian C, McDowell DJ, Wild M. Fathering and children's peer relationships. In: Lamb ME, ed. *The role of the father in child development*. 4th Ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc; 2004 :307-340.
23. Grossmann K, Grossmann KE. Essentials when studying child-father attachment: A fundamental view on safe haven and secure base phenomena. *Attachment & Human Development*. March 21, 2019:1-6. [Epub ahead of print]. doi:10.1080/14616734.2019.1589056
24. Grossmann KE. Old and new internal working models of attachment: The organization of feelings and language. *Attachment and Human Development* 1999;1(3):253-269.
25. van IJzendoorn MH, Sagi A. Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. In: Cassidy J. Shaver PR, eds. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press;1999: 713-734.
26. Grossmann KE, Grossmann K, Winter M, Zimmermann P. Attachment relationships and appraisal of partnership: From early experience of sensitive support to later relationship representation. In: Pulkkinen L, Caspi A, eds. *Paths to successful development: Personality in the life course*. New York, NY: Cambridge University Press; 2002:73-105.
27. Grossmann K, Grossmann KE, Spangler G, Suess G, Unzner L. Maternal sensitivity and newborns orientation responses as related to quality of attachment in northern Germany. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1985;50(1-2):233-256.
28. Zimmermann P, Fremmer-Bombik E, Spangler G, Grossmann KE. Attachment in adolescence: A longitudinal perspective. In: Koops W, Hoeksma JB, van den Boom DC, eds. *Development of interaction and attachment: Traditional and non-traditional approaches*. Amsterdam, Netherlands: North-Holland;1997: 281-292.

29. Grossmann K, Grossmann KE. *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit. [Attachment. The composition of psychological security].* Stuttgart, Germany: Klett-Cotta; 2004.

30. Larose S, Bernier A, Tarabulsy GM. Attachment state of mind, learning dispositions, and academic performance during the college transition. *Developmental Psychology* 2005; 41(1):281-289.

31. Ainsworth MDS, Bell SM. Mother-infant interaction and the development of competence. In: Connolly KJ, Bruner J, eds. *The growth of competence*. London & New York: Academic Press; 1974:97-118.

32. Nelson K. Event representations, narrative development, and internal working models. *Attachment and Human Development*. 1999;1(3):239-251.

33. Pianta RC. *Enhancing relationships between children and teachers*. Washington, DC: American Psychological Association; 1999.

34. Van den Boom DC. The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development* 1994;65(5):1457-1477.

35. Spangler G, Johann M, Ronai Z, Zimmermann P. Genetic and environmental influence on attachment disorganization. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2009;50:952-961.

Désorganisation des stratégies d’attachement pendant la petite enfance et l’enfance

Kate Hennighausen, Ph.D., Karlen Lyons-Ruth, Ph.D.

Harvard Medical School, États-Unis

Décembre 2019, 3e éd. rév.

Introduction

Le lien d’attachement entre le parent et l’enfant fait référence aux aspects de la relation qui servent à réguler l’excitation stressée du nourrisson ou son sentiment de sécurité. La qualité de la régulation des affects de peur par les liens d’attachement est fondamentale pour que l’enfant détourne son attention des problèmes de menace et de sécurité et se tourne vers d’autres accomplissements développementaux, comme l’exploration, l’apprentissage et le jeu. Dans des conditions normales, un lien d’attachement fonctionnant adéquatement protège l’enfant des niveaux extrêmes d’excitation et de peur. Cependant, le lien d’attachement peut aussi mal fonctionner. D’après les résultats de recherche accumulés, les chercheurs pensent désormais que les comportements d’attachement désorganisé et contrôlant représentent des signes de défaillances du système relationnel d’attachement. Le donneur de soins et le nourrisson contribuent tous les deux aux négociations qui se produisent entre eux en cas de détresse et de réconfort, ainsi qu’aux adaptations potentiellement défensives qui peuvent en résulter.

Comportements d’attachement désorganisé pendant la petite enfance

Dès l’âge de 12 mois, il est possible d’identifier les stratégies d’attachement désorganisé qui se manifestent par des comportements contradictoires incohérents envers le donneur de soins quand le réconfort est nécessaire. Par exemple, le fait de se figer, de se blottir sur le sol et d’adopter d’autres comportements dépressifs en présence du donneur de soins lorsque l’enfant est stressé, font partie des critères de codification des comportements désorganisés. Les comportements contradictoires d’approche et d’évitement envers le donneur de soins en cas de stress sont aussi des indicateurs d’une stratégie désorganisée, tel qu’indiqué au tableau 1. On pense que ces divers comportements contradictoires et incohérents révèlent l’incapacité du nourrisson à élaborer une stratégie cohérente pour obtenir du réconfort de la part du donneur de soins. Ils sont, de plus, associés de façon particulière à une modification de la régulation des

hormones du stress.[1,2] Les comportements d’attachement désorganisé peuvent survenir en même temps que d’autres comportements insécurisés qui font partie d’une stratégie d’attachement évitant ou ambivalent. Cependant, une majorité de comportements désorganisés se manifestent en combinaison avec d’autres comportements qui font habituellement partie d’une stratégie sécurisée, comme le fait de protester contre la séparation, de rechercher le contact avec le donneur de soins quand le nourrisson la retrouve et de cesser de ressentir de la détresse quand on le prend. Notamment, les nourrissons qui manifestent des versions désorganisées des stratégies sécurisées constituent une légère majorité (52 %) des nourrissons qui sont catégorisés comme désorganisés.[3,4]

Modèles d’attachement contrôlant pendant l’enfance

De trois à six ans, l’enfant acquière la compétence cognitive de se représenter l’état émotif du donneur de soins et de raisonner à ce sujet. Vers cet âge, les comportements d’attachement désorganisé de beaucoup de jeunes enfants sont remplacés graduellement par des formes contrôlantes de stratégies d’attachement.[4] Les comportements d’attachement contrôlant prennent deux formes très différentes : contrôlant punitif et contrôlant non punitif. Le comportement contrôlant punitif caractérise l’enfant qui tente de garder l’attention et l'implication du parent par des comportements hostiles, coercitifs ou plus subtilement humiliants. Le comportement contrôlant non-punitif caractérise l’enfant qui tente de garder l’attention et l’implication du parent en le divertissant, en l’organisant, en le dirigeant ou en lui accordant son approbation. Les stratégies d’attachement désorganisé pendant la petite enfance et les stratégies d’attachement contrôlant pendant les années préscolaires sont toutes deux associées à l’agressivité et à la psychopathologie à l’âge préscolaire et scolaire.[5] De plus, l’attachement désorganisé pendant la petite enfance demeure prédicteur de niveaux élevés de symptômes dissociatifs et de psychopathologie globale tard dans l’adolescence.[6,7]

Comportements parentaux reliés aux stratégies d’attachement désorganisé/contrôlant

On observe une augmentation de l’incidence de la désorganisation du nourrisson lorsqu’il y a présence de maltraitance ou de psychopathologie parentale, mais pas lorsqu’il y a maladie ou handicap physique du nourrisson.[8,9] Une méta-analyse a aussi confirmé que les défaillances de raisonnement ou de style de discours parental (nommées états d’esprits irrésolus) pendant la description d’une perte ou d’un traumatisme au cours de l’Entrevue sur l’attachement chez l’adulte sont associées à la désorganisation infantile, r=.31.[10] Cependant, les mécanismes sous-

jacents à cette association restent à établir. Presque la moitié des nourrissons désorganisés (47 %)[10] n'a pas des parents dont l'état d'esprit est irrésolu. Main et Hesse[11] ont avancé l'hypothèse suivante : lorsque la mère provoque la peur chez son nourrisson, elle le place dans un paradoxe insoluble, à savoir s'il doit ou non l'approcher pour se faire réconforter, parce qu'elle devient à la fois la source de sa peur et son havre de sécurité. Aussi, la recherche sur les animaux établit clairement que les comportements parentaux de retrait qui ne réussissent pas à apaiser l'activation de la peur chez le nourrisson sont associés à une hyperexcitation durable du système de réponse au stress.[12,13] Ainsi, Lyons-Ruth, Bronfman et Atwood suggèrent que l'affect de peur, qu'il soit provoqué par le parent ou par d'autres sources, peut contribuer à la désorganisation du nourrisson dans le contexte de la non-disponibilité émotionnelle du parent.[14,15] Une méta-analyse a aussi identifié le spectre des interactions parentales perturbées qui sont associés à la désorganisation du nourrisson. Ces comportements incluent le retrait parental, les réponses négatives intrusives, la confusion des rôles lors des réponses, les réponses désorientées, les comportements effrayés ou effrayants, ainsi que les erreurs de communication affective, qui incluent les réponses contradictoires aux signaux du nourrisson et l'échec à répondre à ses signaux affectifs clairs.[16] De plus, ces interactions parentales perturbées sont plus prédictives des résultats ultérieurs chez l'enfant et l'adulte que la désorganisation du nourrisson en soi.[7,17-21]

Intervenir auprès des familles désorganisées/contrôlantes

Les programmes d'intervention destinés à modifier les stratégies d'attachement désorganisé ont généralement porté sur la période de la petite enfance. Les objectifs de traitement ont souvent consisté à former une relation thérapeutique chaleureuse et réceptive afin de procurer au parent une expérience d'attachement positive. Les autres objectifs sont d'aider le parent à comprendre les effets des relations antérieures sur les sentiments et interactions actuels; de lui fournir des conseils sur les comportements sensibles et appropriés à l'âge de l'enfant qu'il faut adopter lorsque celui-ci manifeste son attachement; et de suggérer des ressources supplémentaires à la famille. Des essais contrôlés aléatoires récents ont montré clairement que le processus d'attachement désorganisé peut être modifié. Chez des mères dépressives à revenu moyen et des mères abusives à faible revenu, des interventions attentives et soutenues (>40 séances) ont été associées à des réductions significatives de la désorganisation chez l'enfant, ce qui n'a pas été le cas chez les groupes témoins qui n'ont pas reçu d'intervention.[22,23] De plus, il a été montré que l'ampleur des changements des soins accordés au nourrisson dictaient les changements au niveau de l'attachement de ce dernier.[24] Le potentiel positif des interventions précoces est étayé

par des données extérieures au domaine de l’attachement, qui indiquent que les interventions destinées aux parents stressés à faible revenu ont eu des effets à long terme sur le comportement antisocial des enfants, jusqu’au début de l’âge adulte.[25,26,27]

Orientations futures

Les processus d’attachement désorganisé sont des prédicteurs précoces de formes internalisées et externalisées de psychopathologie dès la période préscolaire.[28] Ces processus d'attachement sont distincts du tempérament de l’enfant et semblent caractériser le processus relationnel entre l’enfant et le donneur de soins plutôt que l’enfant lui-même ou le parent lui-même.[5] La désorganisation de l’attachement est susceptible de constituer un important facteur de risque relationnel pour le développement de psychopathologies, qui recoupe les catégories conventionnelles de diagnostic et qui interagit avec la vulnérabilité biologique individuelle, contribuant à une série de symptômes psychiatriques. La variabilité des profils comportementaux dans les groupes désorganisés suggère que de multiples modèles étiologiques peuvent être nécessaires. La vulnérabilité biologique, variant d’un enfant à l’autre, interagit avec les expériences de perte, d’abus et de relations chroniquement hostiles ou négligentes qui varient aussi d’un enfant à l’autre, pour conduire à des trajectoires développementales et à des résultats très différents à l’âge adulte.[29] Des paradigmes observationnels de l’attachement visant à évaluer la désorganisation aux stades de l’enfance avancée et de l’adolescence apparaissent actuellement et nécessitent une validation additionnelle.[30,31] Les frontières actuelles de la recherche incluent l’investigation de l’interaction entre gène et environnement dans l’étiologie de l’attachement désorganisé,[32,33,34] la différentiation des corrélats et conséquences reliés au comportement d’attachement indifférencié et au comportement d’attachement désorganisé,[35,36,37] ainsi que l’exploration des corrélations entre les caractéristiques neurobiologiques du nourrisson, de l’enfant et de l’adulte et les premières perturbations de l’attachement.[38,39,40]

Implications pour les politiques et les services

Il faut insister davantage, à l’échelle mondiale, sur le financement, l’évaluation et la prestation de services précoces destinés aux familles ayant des nourrissons avant que les coûteuses trajectoires de développement associées à la psychopathologie de l’enfant ne commencent à apparaître.[41] Nous disposons maintenant d’un ensemble de méthodes d’observation pour évaluer la qualité du lien d’attachement entre le nourrisson et le parent vers l’âge de 18 mois, avant l’apparition de problèmes de comportement plus graves.[5] Les prestataires de services qui sont en

contact avec de jeunes familles ont besoin de formation supplémentaire pour utiliser et interpréter ces outils d'observation précoce. Enfin, les analyses économiques indiquent désormais clairement que les services précoces à la famille pendant la petite enfance sont efficaces et rentables, tant sur le plan financier que pour prévenir la souffrance, s'ils sont offerts avant le début des coûteuses trajectoires développementales associées à la psychopathologie de l'enfant. En effet, ces trajectoires entraînent l'utilisation croissante des ressources sociales à long terme, à mesure que l'enfant vieillit et que la gravité de ses problèmes s'accentue.[42]

Tableau 1

Indices de la désorganisation et de la désorientation du nourrisson en présence du parent.

1. Manifestation séquentielle de modèles de comportements contradictoires, comme un solide attachement suivi d'évitement ou de désorientation.
2. Manifestation simultanée de modèles de comportements contradictoires, comme un évitement profond et une recherche intense de contact, de la détresse ou de la colère.
3. Mouvements et expressions non dirigés, mal dirigés, incomplets et interrompus.
4. Stéréotypes, mouvements asymétriques, mal calculés dans le temps et postures anormales.
5. Attitude figée, immobilité ou mouvements et expressions au ralenti.
6. Indices directs d'appréhension relatifs au parent.
7. Indices directs de désorganisation ou de désorientation en présence du parent, comme des déplacements désorientés, des expressions confuses ou hébétées, ou des changements rapides et multiples de l'affect.

Note: Voir Main & Solomon[3] pour des descriptions complètes.

Références

1. Hertsgaard L, Gunnar M, Erickson MF, Nachmias M. Adrenocortical responses to the strange situation in infants with disorganized/disoriented attachment relationships. *Child Development* 1995;66(4):1100-1106.
2. Luijk, M P, Saridjan, N, Tharner, A, van IJzendoorn, M. H, Bakermans-Kranenburg, MJ, Jaddoe,VW, Hofman A, Verhulst FC, Tiemeier H. Attachment, depression, and cortisol: Deviant patterns in insecure-resistant and disorganized infants. *Developmental Psychobiology*, 2010;52(5):441-452.
3. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, eds. *Attachment in the preschool years: Theory, research and*

intervention. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1990:121-160.

4. NICHD Early Child Care Research Network. Child-care and family predictors of preschool attachment and stability from infancy. *Developmental Psychology* 2001;37(6):847-862.
5. Lyons-Ruth K, Jacobvitz D. Attachment disorganization from infancy to adulthood: Neurobiological correlates, parenting contexts, and pathways to disorder. In: Cassidy J, Shaver P, eds. *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. 3nd Edition. New York: Guilford; 2016; 667-695.
6. Carlson EA. A prospective longitudinal study of attachment disorganization/ disorientation. *Child Development* 1998;69(4):1107-1128.
7. Ogawa JR, Sroufe LA, Weinfield NS, Carlson EA, Egeland B. Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology* 1997;9(4):855-879.
8. van IJzendoorn MH, Goldberg S, Kroonenberg PM, Frenkel OJ. The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development* 1992;63(4):840-858.
9. Cyr C, Euser EM, Bakermans-Kranenburg M, van IJzendoorn M. Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: a series of meta-analyses. *Development and Psychopathology* 2010;22(1):87-108.
10. van IJzendoorn MH. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin* 1995;117(3):387-403.
11. Main M, Hesse E. Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behaviour the linking mechanism? In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, eds. *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1990:161-182.
12. Coplan JD, Andrews MW, Rosenblum LA, Owens MJ, Friedman S, Gorman JM, Nemeroff CB. Persistent elevations of cerebrospinal fluid concentrations of corticotropin-releasing factor in adult nonhuman primates exposed to early-life stressors: Implications for the pathophysiology of mood and anxiety disorders. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 1996;93(4):1619-1623.
13. Francis D, Diorio J, Liu D, Meaney MJ. Nongenomic transmission across generations of maternal behaviour and stress responses in the rat. *Science* 1999;286(5442):1155-1158.
14. Lyons-Ruth K, Bronfman E, Parsons E. Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. IV. Maternal frightened, frightening, or atypical behaviour and disorganized infant attachment patterns. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1999;64(3):67-96.
15. Lyons-Ruth K, Bronfman E, Atwood G. A relational diathesis model of hostile-helpless states of mind: Expressions in mother-infant interaction. In: Solomon J, George C, eds. *Attachment disorganization*. New York, NY: Guilford Press; 1999:33-70.
16. Madigan S, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Moran G, Pederson DR, Benoit D. Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment and Human Development* 2006;8(2):89-111.
17. Lyons-Ruth K, Bureau J-F, Holmes B, Easterbrooks M, Books NH. Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: Prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood. *Psychiatry Research* 2013;206(2-3):273-281.
18. Shi Z, Bureau J-F, Easterbrooks MA, Zhao X, Lyons-Ruth K. Childhood maltreatment and prospectively observed quality of early care as predictors of antisocial personality disorder. *Infant Mental Health Journal* 2012; 33(1):55-69.
19. Sroufe L A, Egeland B, Carlson, E, Collins W. *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford; 2005.

20. Dutra L, Bureau J, Holmes B, Lyubchik A, Lyons-Ruth K. Quality of early care and childhood trauma: A prospective study of developmental pathways to dissociation. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2009;197(6):383-390.

21. National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Early Child Care Research Network. Infant-mother attachment classification: Risk and protection in relation to changing maternal caregiving quality. *Developmental Psychology* 2006;42(1):38-58.

22. Toth SL, Rogosch FA, Manly JT, Cicchetti D. The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: A randomized preventive trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006;74(6):1006-1016.

23. Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL. Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology* 2006;18(3):623-649.

24. Tereno S, Madigan S, Lyons-Ruth K, Plamondon A, Atkinson L, Guedeney N, Greacen T, Dugravier R, Saias T, Guedeney A. Assessing a change mechanism in a randomized home-visiting trial: Reducing disrupted maternal communication decreases infant disorganization. *Development and Psychopathology* 2017;29(2):637-649.

25. Olds D, Henderson CJr, Kitzman H, Eckenrode J, Cole R, Tatelbaum R. The promise of home visitation: Results of two randomized trials. *Journal of Community Psychology* 1998;26(1):5-21.

26. Schweinhart LJ, Barnes H, Weikart D. *Significant benefits: The High/Scope Perry Preschool study through age 27*. Ypsilanti, MI: High/Scope Press; 1993.

27. Lally JR, Mangione PL, Honig AS. The Syracuse University Family Development Research Program: Long-range impact on an early intervention with low-income children and their families. In: Powell DR, ed. *Parent education as early childhood intervention: Emerging directions in theory, research and practic*e. Westport, CT: Ablex Publishing; 1988:79-104. *Annual advances in applied developmental psychology*; vol. 3.

28. Madigan S, Brumariu L, Villani V, Atkinson L, Lyons-Ruth K. Representational and questionnaire measures of attachment after early childhood: A meta-analysis of relations to child internalizing and externalizing problems. *Psychological Bulletin* 2016;142(4):367-399.

29. Lyons-Ruth K, Bureau J-F, Easterbrooks A, Obsuth I, Hennighausen K, Vuillez-Coady L. Parsing the construct of maternal insensitivity: Distinct longitudinal pathways associated with early maternal withdrawal. *Attachment & Human Development: Festschrift Issue for MDS Ainsworth* 2013;15(5-6):562-582.

30. Brumariu L, Giuseppone K, Kerns K, Van de Walle M, Bureau J-F, Bosmans G, Lyons-Ruth K. Middle childhood attachment strategies: Validation of an observational measure. Attachment and Human Development 2018;20(5);491-513.

31. Obsuth I, Hennighausen K, Brumariu L, Lyons-Ruth K. Disorganized behavior in adolescent-parent interactions: Relations to attachment state of mind, partner abuse, and psychopathology. *Child Development* 2014;85(1):370-387.

32. Gervai J, Novak A, Lakatos K, Toth I, Danis I, Ronai, Z, Nemoda Z, Sasvari-Szekely M, Bureau JF, Bronfman E, Lyons-Ruth K. Infant genotype may moderate sensitivity to maternal affective communications: Attachment disorganization, quality of care, and the DRD4 polymorphism. *Social Neuroscience* 2007;2(3-4):307-319.

33. Luijk M, Roisman G,Haltigan J, Tiemeier H, Booth-Laforce C, van IJzendoorn,M, Bakermans-Kranenburg M. Dopaminergic, serotonergic, and oxytonergic candidate genes associated with infant attachment security and disorganization? In search of main and interaction effects. *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 2011;52(12):1295-1307.

34. Roisman GI, Fraley RC. A behavior-genetic study of parenting quality, infant attachment security, and their covariation in a nationally representative sample. *Developmental Psychology* 2008;44(3):831-839.

35. Gleason MM, Fox NA, Drury SS, Smyke AT, Nelson CA, Zeanah CH. Indiscriminate behaviors in previously institutionalized young children. *Pediatrics* 2014;133(3);657-665.

36. Lyons-Ruth K, Bureau JF, Riley CD, Atlas-Corbett AF. Socially indiscriminate attachment behavior in the Strange Situation: Convergent and discriminant validity in relation to caregiving risk, later behavior problems, and attachment insecurity. *Development and Psychopathology* 2009;21(2):355-372.

37. Lyons-Ruth K, Riley C, Patrick MPH, Hobson RP. Disinhibited attachment behavior among infants of mothers with borderline personality disorder, depression, and no diagnosis. *Personality Disorders* 2019; 10(2): 163-172.

38. Lyons-Ruth K , Pechtel P , Yoon SA, Anderson CM , Teicher MH. Disorganized attachment in infancy predicts greater amygdala volume in adulthood. *Behavioral Brain Research* 2016;308:83-93.

39. Bernier A, Dégeilh F, Leblanc É, Daneault V, Bailey H N, Beauchamp M H. Mother–Infant interaction and child brain morphology: A multidimensional approach to maternal sensitivity. *Infancy* 2019;24(2):120-138.

40. Rifkin-Graboi A, Tan, HM, Goh KY, Sim, LW, Sanmugam S, Chong YS,, Tan KH, Shek L, Gluckman P, Chen, Y, Fortier M, Meaney M, Qiu A. Sensitivity to sensitivity: Does offspring neuroanatomy moderate the relation between caregiving and levels of disorganized behavior? *Proceedings of the National Academy of Sciences*. In press.

41. Lyons-Ruth K, Todd-Manly J, Von Klitzing K, Tamminen T, Emde R, Fitzgerald H, Campbell P, Keren M, Berg A, Foley M, Watanabe H. The worldwide burden of infant mental and emotional disorder: Report of the task force of the World Association for Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal* 2017;38(6):695-705.

42. Karoly LA, Greenwood PW, Everingham SS, Hoube J, Kilburn R, Rydell P, Sanders M, Chiesa J. *Investing in our children: What we know and don't know about the costs and benefits of early childhood interventions*. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 1998.

Attachement à l’âge précoce (0-5 ans) et impacts sur le développement des jeunes enfants

Marinus van Ijzendoorn, Ph.D.

Erasmus University Rotterdam, Pays-Bas

Septembre 2019, Éd. rév.

Introduction

Qu’est-ce que l’attachement? On considère que les enfants font preuve d’attachement quand ils tendent à rechercher la proximité et le contact avec un donneur de soins particulier dans des moments de détresse, de maladie et de fatigue.[1] L’attachement à un donneur de soins protecteur aide les nourrissons à réguler leurs émotions négatives dans des moments de stress et de détresse et à explorer leur environnement, même s’il contient des stimuli quelque peu effrayants. L’attachement est un jalon majeur du développement dans la vie de l’enfant et demeure un enjeu important tout au long de la vie. À l’âge adulte, les représentations de l’attachement façonnent la manière dont l’adulte se sent par rapport aux tensions et au stress des relations intimes, en particulier les relations parent-enfant, ainsi que la façon dont le soi est perçu.

Développement de l’attachement

L’attachement est suggéré se développer en quatre phases.[1] Au cours de la première phase — le bébé se tourne vers les gens sans distinction et leur envoie des signaux — il semble « accordé » sur certaines longueurs d’ondes de signaux provenant de l’environnement. Ces signaux sont principalement d’origine humaine (par exemple le son de la voix). Pendant la deuxième phase, le bébé développe une préférence pour un ou plusieurs donneurs de soins spécifiques, probablement tout d’abord grâce à l’odeur et ensuite à la vision. C’est la phase pendant laquelle il se tourne vers une ou plusieurs personnes spécifiques et leur envoie des signaux. Le nourrisson entre dans la troisième phase uniquement après qu’il soit capable de manifester un comportement d’attachement actif, comme rechercher activement la proximité de la figure d’attachement et la suivre. C’est la phase de l’attachement proprement dit — rester proche d’une personne spécifique en émettant des signaux et en bougeant. Les enfants entrent dans la quatrième phase, celle d’une relation de partenariat à but corrigé (goal-corrected partnership), quand ils peuvent imaginer les plans et les perceptions du parent ou du donneur de soins et faire

coïncider leurs propres plans et activités en fonction de ces derniers.

Explication des différences individuelles en ce qui a trait à l'attachement

Ainsworth et al.[2] ont observé des nourrissons d'un an et leurs mères lors d'une procédure stressante normalisée, la situation étrange (Strange Situation Procedure). Ils ont utilisé les réactions des nourrissons envers le donneur de soins après une brève séparation pour évaluer à quel point les enfants avaient confiance en l'accessibilité de leur figure d'attachement. La procédure consiste en huit épisodes, dont les sept derniers durent idéalement trois minutes, mais doivent être écourtés quand le nourrisson pleure pendant plus de 15 à 20 secondes. Les nourrissons sont confrontés à trois composantes légèrement stressantes : un environnement non familier, une interaction avec un étranger et deux courtes séparations de leur donneur de soins.

On peut distinguer trois modèles d'attachement à partir des réactions des nourrissons avec le parent ou un autre donneur de soins. Les nourrissons qui concentrent leur attention sur le parent et recherchent activement sa proximité quand ils le retrouvent, communiquent ouvertement leur sentiment de stress et de détresse et réorientent leur attention sur l'environnement et poursuivre leur exploration, sont classés dans la catégorie attachement sécurisant (B). Les nourrissons qui ne semblent pas être bouleversés et qui ignorent ou évitent de trop donner d'attention au donneur de soins après l'avoir retrouvé (bien que la recherche physiologique montre leur attention accrue et leur excitation)[3] sont classés dans la catégorie attachement insécurisant de style évitant (A). Les nourrissons qui se concentrent exclusivement sur le donneur de soins et maintiennent solidement un contact tout en résistant à ce contact ou qui restent inconsolables et incapables de retourner leur attention sur l'environnement sont classés dans la catégorie attachement insécurisant de style ambivalent (C). Main et Solomon[4] ont proposé une quatrième catégorie en plus des catégories tripartites ABC soit l'attachement désorganisé (D), qui est attribuée en combinaison avec l'une des trois catégories organisées et est censée indiquer une attention envers le donneur de soins associée à un sentiment de crainte qui peut être ressenti comme de la peur, de la crainte ou une négligence extrême.

Une vue d'ensemble de toutes les études américaines incluant des échantillons non cliniques (21 échantillons de 1 584 nourrissons, recherches effectuées entre 1977 et 1990) montre qu'environ 67 % des nourrissons étaient classés dans la catégorie de l'attachement sécurisant, 21 % dans la catégorie de l'attachement insécurisant de style évitant et 12 % dans la catégorie de l'attachement insécurisant de style ambivalent.[5] La raison pour laquelle certains nourrissons

développent un lien d’attachement insécurisant alors que d’autres se sentent sécurisés constitue une des questions centrales de la théorie de l’attachement et de la recherche.

Contexte de la recherche

Le modèle de base qui sert à expliquer les différences individuelles en ce qui a trait aux liens d’attachement suppose que le parentage sensible ou insensible détermine l’attachement sécurisant ou insécurisant du nourrisson. Ainsworth2 et ses collègues ont tout d’abord défini la sensibilité parentale comme la capacité à percevoir et à interpréter correctement les signaux d’attachement des enfants et à y répondre rapidement et adéquatement. Les chercheurs ont découvert que le manque de réceptivité ou une sensibilité inconsistante étaient effectivement associés à l’insécurité chez les enfants, et que la réceptivité cohérente et empreinte de sensibilité était reliée à des liens sécurisants.[6]

Cependant, certains adeptes de l’approche génétique comportementale ont déclaré que la plupart des découvertes corrélationnelles sur le développement de l'enfant étaient sérieusement imparfaites parce qu’elles se fondaient sur des devis de recherches traditionnelles centrés sur les comparaisons entre les familles, et confondaient les similitudes génétiques entre les parents et les enfants avec des influences environnementales soit disant partagées.[7] Par exemple, Harris[8] prétend qu’il est urgent de repenser radicalement le rôle des parents dans le développement de l'enfant et de cesser d’insister sur ce rôle. Plus récemment, Plomin[9] a soutenu que les parents jouent un rôle important, mais qu’ils ne créent pas de différence dans le façonnement des voies de développement de leurs enfants, sauf lors de la conception. Malgré la prévalence de ce courant de pensée, la théorie de l’attachement continue à mettre en lumière le rôle important de la sensibilité parentale, pour de bonnes raisons. Des études sur des jumeaux ou de génétique moléculaire sur la sécurité procurée par l’attachement chez le nourrisson n’ont pas mis en évidence de composante génétique notable, et des études interventionnelles à répartition aléatoire ont démontré que la sensibilité était un facteur, voir le seul, de causalité.

Questions clés pour la recherche

Les questions clés pour la recherche portent sur l’héritabilité de l’attachement, le rôle causal de la sensibilité parentale dans le développement de la sécurité de l’attachement chez le nourrisson et la transmission intergénérationnelle de l’attachement suggérant un « chaînon manquant » dans la transmission (transmission gap, en anglais). La question de l’héritabilité a été abordée dans des études sur les jumeaux comparant l’attachement de jumeaux monozygotes et dizygotes

au sein de la même famille. De plus, la question de la causalité a été examinée dans des études expérimentales sur l'intervention visant à accroître la sensibilité parentale afin d'améliorer le lien d'attachement chez le nourrisson. Pour finir, les études consacrées aux représentations d'attachement chez les parents et leur influence sur les attachements du nourrisson qui sont régis par la sensibilité parentale portent sur la question de la transmission.

Récents résultats de recherche

En ce qui concerne la question de l'héritabilité, au moins quatre études de jumeaux, portant sur la sécurité de l'attachement entre la mère et l'enfant et qui utilisent le modèle génétique comportemental, ont été publiées. Trois de ces études ont documenté le rôle mineur des influences génétiques sur les différences relatives à la sécurité d'attachement et au rôle plutôt substantiel de l'environnement partagé.[10,11,12] La quatrième étude, la Louisville TwinStudy,[13] s'est penchée sur la qualité de l'attachement chez des paires de jumeaux à l'aide d'une procédure de séparation-réunion conçue à l'origine pour évaluer le tempérament. Les facteurs de l'environnement partagé jouent un rôle considérable dans l'attachement (presque 50 % dans l'étude Bokhorstet al.)[12] Les différences individuelles dans les liens d'attachement du nourrisson sont principalement attribuables à l'éducation plutôt qu'à la nature, bien que pour l'être humain la tendance à s'attacher soit universelle et innée. Aux stades ultérieurs du développement de l'attachement, les différences génétiques propres à l'attachement peuvent s'accentuer, comme l'ont démontré Fearon et son équipe sur un grand échantillon de jumeaux adolescents.[14] Dans leur quête de différences dans la structure de l'ADN associées à l'attachement du nourrisson, ils n'ont pas été en mesure de retracer d'influence sur le niveau d'expression des gènes dopaminergiques, sérotoninergiques ou de l'oxytocyne ni lors des analyses conduites à l'échelle du génome (le polymorphisme mononucléotidique).[15]

Le parentage sensible est-il l'ingrédient clé de l'environnement partagé? Dans 24 études aléatoires sur l'intervention (n = 1 280) menées avant 2003, les chercheurs ont évalué la sensibilité parentale et la sécurité de l'attachement comme mesure de résultat. En général, l'insécurité de l'attachement semble plus difficile à modifier que l'insensibilité maternelle. Quand les interventions réussissaient mieux à améliorer la sensibilité parentale, elles réussissaient aussi mieux à augmenter la sécurité de l'attachement, ce qui appuie expérimentalement la notion du rôle causal de la sensibilité dans la formation de l'attachement.[16] Les essais contrôlés à répartition aléatoire réalisés au cours des 15 dernières années semblent soutenir cette conclusion, mais une méta-analyse systématique demeure en suspens.

L’hypothèse relative à une transmission intergénérationnelle de l’attachement est étudiée depuis plus de 25 ans, avec un intérêt particulier pour le « chaînon manquant » dans la transmission (transmission gap, en anglais). Le modèle de transmission intergénérationnelle peut se résumer par la proposition selon laquelle la sécurité générée par la représentation de l’attachement des parents influence le degré de la sensibilité qu’ils accordent à leur nourrisson, qui à son tour façonne la sécurité de l’attachement du nourrisson envers ses parents. Bien que de nombreuses données étayent ce modèle médiationnel, ce dernier laisse de la place pour d’autres mécanismes que la sensibilité, puisque le chaînon manquant dans la transmission persiste et demeure visible.[17] Combler ce chaînon manquant a représenté un enjeu majeur. Mais, par la combinaison de nombreux ensembles de données rattachés à ce problème dans le cadre d’une démarche méta-analytique des Données individuelles des participants (DIP), il serait possible de résoudre une partie de ce chaînon manquant épineux.[18]

Conclusions

L’attachement, le lien affectif du nourrisson au parent, joue un rôle central dans la régulation du stress dans des moments de détresse, d’anxiété ou de maladie. Les êtres humains naissent avec la tendance innée à s’attacher à un donneur de soins protecteur. Mais les nourrissons développent différentes sortes de liens d’attachement : certains développent un attachement sécurisant avec leur parent, et d’autres un lien d’attachement insécurisant. Ces différences individuelles ne sont pas déterminées génétiquement, mais plutôt enracinées dans des interactions avec l’environnement social pendant les premières années de la vie. Le parentage sensible ou insensible joue un rôle clé dans l’émergence des attachements de style sécurisant ou insécurisant, tel que documenté dans les études sur les jumeaux et dans les études expérimentales sur l’intervention. Dans le cas de la théorie de l’attachement, le présupposé de l’éducation est en effet justifié.[8] De nombreuses découvertes confirment l’hypothèse centrale selon laquelle le parentage sensible entraîne un attachement sécurisant, bien que d’autres causes ne devraient pas être écartées. En outre, parallèlement à la sensibilité parentale, le chaînon manquant complexe pourrait nécessiter des mécanismes complémentaires, par exemple l’influence du contexte social au sens large.

Implications pour les politiques sociales

Les implications les plus importantes pour les politiques et la santé mentale sont que le parentage est important et fait la différence pour le développement socio-affectif du nourrisson.

Les parents sont donc en droit de recevoir du soutien des décideurs politiques et des intervenants en santé mentale pour élever le mieux possible leurs enfants vulnérables. Le parentage sensible est difficile et ne vient pas naturellement chez plusieurs parents qui doivent suivre la bonne voie même s'ils ont eu peu d'expériences positives dans leur enfance. Il faut un village pour élever un enfant,[19] les parents doivent donc pouvoir compter sur des soins non parentaux de qualité dans un réseau de services de garde plus vaste pour concilier l'éducation de leurs enfants avec d'autres obligations. De plus, beaucoup de parents peuvent tirer profit d'interventions préventives plutôt brèves qui les aident à devenir plus sensibles envers les signaux d'attachement de leurs nourrissons. Des études randomisées ont permis de conclure que des interventions efficaces qui parviennent à augmenter le parentage sensible et la sécurité de l'attachement du nourrisson sont maintenant disponibles. Elles utilisent un nombre modéré de séances et une approche comportementale claire et interactive, et peuvent commencer environ six mois après la naissance. Du point de vue de l'attachement appliqué, les jeunes parents devraient avoir accès à des programmes de soutien préventif qui incorporent ces perspectives fondées sur les recherches.

Références

1. Bowlby J. *Attachment and loss: Vol.1 Attachment*. New York, NY: Basic Books; 1969.
2. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1978.
3. Spangler G, Grossmann KE. Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development* 1993;64(5):1439 1450.
4. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, eds. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1990:121-160.
5. van IJzendoorn MH, Goldberg S, Kroonenberg PM, Frenkl OJ. The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development* 1992;63(4):840-858.
6. De Wolff MS, van IJzendoorn MH. Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development* 1997;68(4):571-591.
7. Rowe DC. *The limits of family influence: genes, experience, and behavior*. New York, NY: Guilford Press; 1994.
8. Harris JR. *The nurture assumption: Why children turn out the way they do*. New York, NY: Free Press; 1998.
9. Plomin R. Blueprint. *How our DNA makes us who we are*. London: Penguin Books; 2018.
10. Ricciuti AE. Child-mother attachment: A twin study. *Dissertation Abstracts International* 1992;54:3364. University Microfilms No. 9324873.
11. O'Connor TG, Croft CM. A twin study of attachment in preschool children. *Child Development* 2001;72(5):1501-1511.
12. Bokhorst CL, Bakermans-Kranenburg MJ, Fearon RMP, van IJzendoorn MH, Fonagy P, Schuengel C. The importance of shared environment in mother-infant attachment security: A behavioral genetic study. *Child Development*

2003;74(6):1769-1782.

13. Finkel D, Matheney APJr. Genetic and environmental influences on a measure of infant attachment security. *Twin Research* 2000;3(4):242-250.

14. Fearon, P, Shmueli-Goetz, Y, Viding,E, Fonagy, P, and Plomin, R. Genetic and Environmental Influences on Adolescent Attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2014;55(9):1033-1041

15. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. Attachment, Parenting, and Genetics. In: Cassidy J, Shaver PR, eds. *Handbook of Attachment*, 3rd ed. New York, NY: Guilford Press; 2016:155-179.

16. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.

17. Verhage ML, Schuengel C, Madigan S, Fearon RMP, Oosterman M, Cassibba R, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. Narrowing the transmission gap: A synthesis of three decades of research on intergenerational transmission of attachment. *Psychological Bulletin* 2016;142(4):337-366.

18. Verhage ML, Fearon RMP, Schuengel C, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Madigan S, Roisman GI, Oosterman M, Behrens KY, Wong MS, Mangelsdorf S, Priddis LE, Brisch KH, The Collaboration on Attachment Transmission Synthesis. Constraints on the intergenerational transmission of attachment via individual participant data meta-analysis. *Child Development* 2018;89:2023-2037. doi: 10.1111/cdev.13085

19. Clinton HR. *It takes a village: and other lessons children teach us*. New York, NY: Simon & Schuster; 1996.

Attachement pendant la petite enfance Commentaires sur van IJzendoorn, et Grossmann et Grossmann

Greg Moran, Ph.D.

Western University, Ontario, Canada

Septembre 2020, Éd. rév.

Introduction

La théorie et la recherche sur l'attachement occupent une place centrale dans l'étude du développement humain social et affectif. Bowlby[1] et Ainsworth[2] ont transformé leurs concepts de base en un cadre d'étude empirique sur lequel se fondent les chercheurs du monde entier. Ces derniers ont utilisé l'attachement pour améliorer notre compréhension des répercussions de la première relation de l'enfant humain sur toute la vie et des facteurs propres à l'enfance de la mère qui sont cruciaux dans la formation de cette relation.

Karin et Klaus Grossmann ainsi que Marinus van IJzendoorn font partie des chercheurs exceptionnels qui se sont fondés sur l'héritage de Bowlby et Ainsworth. Ils ont adopté des approches différentes mais complémentaires. van IJzendoorn offre un panorama direct et digne de foi de la théorie de l'attachement ainsi qu'une description des modèles de liens d'attachement.[3] Dans sa description des résultats de recherches, il cherche à déterminer si les variations de l'attachement dépendent de l'expérience sociale précoce avec le donneur de soins ou un produit des facteurs génétiques. Il cite des analyses comportementales génétiques récentes portant sur l'attachement chez les jumeaux et qui soutiennent de façon convaincante l'aspect expérientiel de ce débat. Ces données sont particulièrement remarquables, parce qu'elles contrastent vivement avec les résultats d'études parallèles sur les origines de plusieurs traits de personnalité, comportementaux, et d'attitudes au sujet desquels on a découvert une influence génétique importante.[4]

Par ailleurs, les Grossmann abordent leur tâche d'une façon plus personnelle. Ils commencent par un compte rendu révélant le rôle de l'attachement, en matière de durée d'évolution et de développement, qui offre au nourrisson un apprentissage social avec le donneur de soins, soit une occasion d'acquérir les habiletés sociales et affectives nécessaires pour s'adapter à sa

société et à sa culture de naissance. Leur recension des recherches comporte des extraits de deux études longitudinales de grande envergure effectuées en Allemagne par ces auteurs et leurs collègues. Les résultats mettent en lumière à la fois la perpétuité et le potentiel de changement, pour le meilleur ou pour le pire, occasionnés par les fluctuations substantielles de l'environnement social.

Recherche et conclusions

L'élément critique dans les deux contributions est l'insistance légitime sur le rôle du donneur de soins dans la détermination de la qualité du lien d'attachement et donc dans le façonnement du développement social et affectif futur de l'enfant. En plus des résultats des études sur les jumeaux, van IJzendoorn cite aussi des preuves expérimentales sur le rôle crucial des donneurs de soins en matière de développement. Il mentionne notamment les résultats d'études sur des interventions qui ont réussi à améliorer la qualité des liens d'attachement en ayant recours à des manipulations qui augmentent la sensibilité et la réceptivité de la mère.[3]

Aucun des deux auteurs ne commente en détail la recherche sur les conséquences développementales des variations des liens d'attachement précoce. Au cours des vingt dernières années ou plus, la recherche abondante et étendue a établi un lien clair entre les modèles d'attachement sécurisant pendant la prime enfance et l'adaptation sociale plus tard dans l'enfance.[5] L'attachement sécurisant a été associé à de meilleurs résultats développementaux que l'attachement insécurisant dans des domaines comme l'autonomie, l'auto-efficacité, l'empathie et la compétence sociale pendant la période de la petite enfance, l'âge scolaire, et à l'adolescence. On a montré que les nourrissons dont l'attachement était insécurisant étaient plus enclins à connaître des problèmes ultérieurs d'adaptation comme des troubles du comportement, de l'agressivité, de la dépression et des comportements antisociaux.

Cependant, il est important de préciser que la plupart des recherches reliant l'attachement à des résultats développementaux ultérieurs ont été effectuées avant l'introduction de la catégorie de l'attachement désorganisé,[6] un modèle d'attachement relié sans aucun doute à des résultats développementaux extrêmes, sources d'une plus mauvaise adaptation. Ces analyses comportaient donc un nombre inconnu de liens désorganisés parmi les groupes d'attachement sécurisant et insécurisant. Davantage de recherche est nécessaire pour clarifier quelles associations antérieurement attribuées aux modèles insécurisants, lorsqu'elles existent, dépendent en effet de la désorganisation de l'attachement.

Implications pour les politiques sociales et les services

Les Grossmann insistent sur la possibilité de se fonder sur la qualité d'attachement précoce pour prédire l'adaptation sociale et affective ultérieure; et sur les discontinuités de ce processus, ce qui reflète l'aspect fondamental du rôle de l'attachement dans le développement, tel que le concevait Bowlby à l'origine. C'est-à-dire que l'attachement influence le développement de façon probabiliste plutôt que simplement déterministe. Cette notion est particulièrement importante pour ceux qui espèrent utiliser la compréhension de l'attachement pour élaborer des services ou implanter des politiques sociales. En résumé, on pense que les expériences précoces d'attachement, au lieu de directement déterminer une adaptation ou une mauvaise adaptation particulières, prédisposent le nourrisson à agir et à réagir d'une manière qui façonne les expériences sociales ultérieures, ce qui entraîne l'enfant sur une trajectoire développementale plutôt que sur une autre. Cependant, le résultat développemental réel reste le produit de l'expérience continue, même si les liens précoces d'attachement rendent en partie la qualité de ces expériences plus ou moins probable. L'expérience sociale ultérieure, y compris l'intervention délibérée, peuvent modifier la trajectoire.

Bowlby a capté les implications les plus importantes de la théorie et de la recherche sur l'attachement pour les politiques sociales et les services et les a écrites dans un rapport rédigé il y a plus d'un demi-siècle :

> *« Alors que les enfants dépendent totalement de leurs parents pour survivre, dans toutes les communautés sauf les plus primitives, les parents, et surtout les mères dépendent plus largement de la société pour les besoins économiques. Si une communauté attache de la valeur à ses enfants, elle doit chérir ses parents. »*

John Bowlby, 1951, p.84, rapport de l'OMS
Cité par Inge Bretherton (1992)[7]

Le commentaire de Bowlby reflète jusqu'à un certain point la langue et la culture de l'époque, mais il demeure toujours aussi pertinent. Au cours des quarante dernières années, la recherche sur l'attachement a confirmé son hypothèse centrale selon laquelle la sensibilité et la réceptivité du donneur de soins sont déterminantes pour la formation du premier lien du nourrisson. On a aussi démontré que ce lien était un prédicteur puissant de répercussions sociales ultérieures importantes. Nos efforts visant à nous assurer que cette répercussion est source d'adaptation

plutôt que d’inadaptation, à la fois pour l’individu et la société, doivent donc se centrer sur le soutien envers celui qui prend soin du nourrisson, le plus souvent la mère. Dans la société actuelle, au niveau politique, cela signifie s’assurer que les familles à risque de problèmes développementaux, y compris les mères célibataires, reçoivent les ressources sociales et financières nécessaires pour offrir un environnement social favorable à leurs enfants, ce qui constitue une condition préalable à la formation d’un lien d’attachement sain. Comme le suggère van IJzendoorn, dans plusieurs cas, cela veut dire fournir des services de garde de bonne qualité à ces familles. Pour les prestataires de services, la théorie et la recherche sur l’attachement suggèrent que l’on se concentre sur l’intervention sociale précoce et sur le médiateur principal de cette interaction : la mère. Les modèles de comportements d’attachement et les représentations mentales deviennent moins flexibles et moins ouverts au changement au fur et à mesure du développement. L’approche qui consiste à investir pendant la petite enfance grâce à des politiques sociales et à des services est donc plus efficace et plus plausible que l’intervention réactive retardée qui consiste à attendre jusqu’à ce que les conséquences négatives ou les expériences précoces inadéquates apparaissent.

L’appréciation de cette dépendance critique du développement adaptatif de l’enfant par rapport à l’environnement de soutien fourni par le parent est particulièrement importante aujourd’hui dans la vie des 79,5 millions de personnes dans le monde déplacées de force de leur foyer en 2019 – personnes parmi lesquelles on compte des millions de familles avec de jeunes enfants.[8] Ces familles expérimentent des niveaux de stress inhabituels provenant de diverses sources, notamment de la pauvreté, d’une mauvaise alimentation, de la maladie, du manque de soins de santé, d’un logement inadéquat, des menaces de violence physique et d’un avenir généralement incertain sur lequel elles n’ont que peu de contrôle. Ces conditions laissent les parents avec peu de ressources psychologiques ou physiques pour fournir à un enfant en développement l’environnement dont il a besoin et, pour beaucoup d’entre eux, s’étendent désormais sur plusieurs générations. Les arguments de van IJzendoorn et des Grossmann démontrent clairement que les déplacements humains forcés seront lourds de conséquences et s’étendront sur plusieurs générations en ce qui concerne le développement des individus et des communautés.

Références

1. Bowlby J. *Attachment*. London, England: Hogarth Press; 1969. Attachment and loss; vol 1.
2. Ainsworth MS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1978.

3. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.

4. McGuffin P, Riley B, Plomin R. Genomics and behavior: Toward behavioral genomics. *Science* 2001;291(5507):1232-1249.

5. Carlson EA, Sampson MC, Sroufe LA. Implications of attachment theory and research for developmental-behavioral pediatrics. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 2003;24(5):364-379.

6. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, eds. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1990:121-160.

7. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology* 1992;28(5):759-775.

8. *Global Trends: Forced Displacement in 2019*. UNHCR UN Refugee Agency, June 2020.

L’attachement et son impact sur le développement des enfants : commentaires sur van IJzendoorn, Grossmann et Grossmann , Hennighausen et Lyons-Ruth

Charles H. Zeanah Jr., M.D., Prachi Shah, M.D.

Institute of Infant and Early Childhood Mental Health, Tulane University Health Sciences Center, États-Unis

Mars 2007, 2e éd.

Introduction

Il y a plus de 50 ans, l’Organisation mondiale de la Santé demandait au pédopsychiatre John Bowlby de rédiger une monographie sur les besoins des jeunes enfants en matière de santé mentale. La conclusion de Bowlby fut la suivante : « Nous pensons qu’il est essentiel pour la santé mentale de l’enfant de bénéficier d’une relation chaleureuse, intime et continue avec sa mère (ou mère substitut – ou mère substitut permanente – une personne qui joue le rôle de mère de façon stable), relation dans laquelle les deux trouvent de la satisfaction et du plaisir. »[1] Grossmann et Grossmann, van IJzendoorn, ainsi que Hennighausen et Lyons-Ruth ont examiné l'état actuel des recherches faites depuis 35 ans qui ont soutenu, raffiné et élargi la thèse centrale de Bowlby. Dans ce commentaire, nous réviserons les interprétations que ces auteurs font de la recherche, les implications pour les politiques, et nous mettrons l’accent sur d’autres domaines.

Recherche et conclusions

Plusieurs questions et conclusions sont recensées dans les sections sur l’attachement et sur son impact sur le développement de l’enfant :

(1) Les chercheurs ont prouvé que les différences individuelles d’organisation du comportement d’attachement que le jeune enfant exprime envers le donneur de soins sont des prédicteurs raisonnablement solides de son adaptation psychosociale subséquente. La question importante ayant fait l’objet d’attention et de débats empiriques consiste à déterminer jusqu’à quel degré les différences individuelles en matière d’attachement sont attribuables à l’enfant plutôt qu’à la

relation avec un donneur de soins particulier. van IJzendoorn conclut que c’est l’acquis plutôt que l’inné qui explique les différences en sécurité de l’attachement. Les recherches qu’il cite appuient bien son hypothèse, comme le font les découvertes répétées indiquant qu’un enfant peut avoir différentes catégories d’attachement avec plusieurs donneurs de soins.[2]

(2) Si les modèles d’attachement reflètent les caractéristiques relationnelles plutôt que les traits de caractère de l'enfant, on s’attendrait à ce que les caractéristiques de l’interaction dyadique soient associées aux modèles d’attachement. La recherche que cite van IJzendoorn appuie le rôle causal de la sensibilité parentale dans le développement de la sécurité de l’attachement, bien que beaucoup moins de recherches aient porté sur les modèles interactifs qui précèdent l’attachement évitant et résistant. Hennighausen et Lyons-Ruth ont aussi recensé des recherches qui démontrent que certains comportements parentaux comme le retrait, les réactions négatives intrusives, de confusion des rôles, désorientées, les comportements effrayés ou effrayants et les erreurs de communication affective incluant des réactions contradictoires face aux signaux de l'enfant, sont susceptibles d’être plus évidentes dans le contexte de certains types de psychopathologies parentales et la documentation indique qu’ils sont associés à l’attachement désorganisé.[3,4]

(3) Un principe central de la théorie de l’attachement est que les expériences précoces entre les jeunes enfants et les donneurs de soins fournissent un modèle pour les relations intimes plus tard dans la vie. Bien que l’on pense que les expériences subséquentes puissent le modifier, la théorie a postulé une tendance conservatrice à résister au changement. Ces propositions suggèrent que dans un environnement de soins stable, on s’attend à trouver des modèles stables d’attachement, et que dans les environnements caractérisés par des changements importants, on s’attendrait à moins de stabilité. Tout compte fait, la recherche appuie ces affirmations, bien que les résultats provenant de quatre études longitudinales sur l’attachement de l’enfance à l’âge adulte n’appuient pas une relation linéaire,[5-8] puisque ces études ne démontrent pas uniformément la stabilité des catégories d’attachement de l’enfance à l’âge adulte. En revanche, elles appuient la relation entre les événements de la vie et les changements en matière de catégorie d’attachement. Les travaux de Grossmann ont aussi montré que les événements négatifs et le stress compromettaient la sécurité de l’attachement. Les individus dont les catégories d’attachement étaient passées de l’attachement sécurisant à l’attachement insécurisant à l’âge adulte étaient plus susceptibles d’avoir vécu des événements négatifs (comme un divorce), et les enfants qui manifestaient un attachement insécurisant pendant la

petite enfance étaient plus susceptibles de continuer à manquer d'assurance s'ils vivaient des événements négatifs. Les études conduites et recensées par Grossmann et Grossmann (ce volume) ont aidé à éclairer certaines des complexités des trajectoires développementales.

(4) Hennighausen et Lyons-Ruth ont raison de mettre en lumière l'importance de l'attachement désorganisé comme composante de l'étude de la psychopathologie pendant l'enfance. Bien que la distinction entre l'attachement insécurisant et l'attachement sécurisant ait une certaine valeur prédictive, les liens entre l'attachement désorganisé et des types spécifiques de psychopathologie sont beaucoup mieux documentés que les autres types d'insécurité.[4,9] Pourtant, on comprend encore moins de choses sur les mécanismes par lesquels l'attachement désorganisé peut influencer l'expression de la psychopathologie chez l'enfant, et s'il contribue spécifiquement à la psychopathologie en général ou s'il en est un marqueur plus général. Hennighausen et Lyons-Ruth insistent sur le fait que les interventions auprès des familles les plus à risque d'avoir des enfants dont l'attachement est désorganisé se sont révélées prometteuses quand elles se déroulent à la maison, quand elles sont intensives et de longue durée. Ceci est un point particulièrement important.

Questions supplémentaires

Ce qui manque dans ces contributions, c'est l'étude de l'attachement chez des populations extrêmes, comme les jeunes enfants maltraités ou extrêmement défavorisés. Contrairement à la perspective développementale qui considère que la qualité de l'attachement d'un jeune enfant à son donneur de soins est un facteur de risque ou de protection pour le développement de la psychopathologie, la tradition clinique considère que les attachements peuvent être si perturbés qu'ils constituent un trouble déjà établi. Le trouble d'attachement réactionnel (RAD) décrit un ensemble de comportements d'attachement aberrants et d'autres anomalies comportementales sociales que l'on pense être le résultat de « soins pathogènes ».[10] On a décrit deux modèles cliniques : a) un modèle de repli sur soi/inhibé, dans lequel l'enfant manifeste une réaction ou une initiation limitée ou absente face aux interactions sociales avec les donneurs de soins, et une diversité de comportements sociaux aberrants, comme des réactions inhibées, hyper vigilantes ou hautement ambivalentes; et b) un modèle social/désinhibé sans distinction, dans lequel l'enfant manifeste un manque de sélectivité attendu dans la recherche du réconfort, de soutien et de nurturance, avec un manque de réticence sociale envers les adultes qu'il ne connaît pas et une volonté de « partir » avec les étrangers.

Bien que l’étude systématique des troubles de l’attachement soit très récente, cela fait plus de 50 ans qu’on les décrit. En se fiant à quelques récentes études, il semble clair que les signes des troubles de l’attachement sont rares, voire inexistants chez les échantillons à faibles risques,[11-13] plus nombreux parmi ceux à risques plus élevés[14,15] et facilement identifiables parmi les échantillons maltraités[16] et institutionnalisés.[12,13] Il est intéressant de constater que le type RAD en retrait/inhibé sur le plan affectif, est facilement apparent chez les jeunes enfants vivant en institution et chez ceux qui viennent d’être placés en foyers d’accueil parce qu’ils ont subi de la maltraitance, mais que c’est rarement le cas parmi les échantillons d’enfants adoptés qui ne séjournaient pas en institution.[11,17] En revanche, on rencontre le type de RAD social/désinhibé sans distinction chez les enfants maltraités,[16] institutionnalisés[12,13,18] et post-institutionnalisés.[11,13,17,19-20]

Il est clair qu'il existe un besoin de comprendre comment interagissent les perspectives cliniques et développementales sur l’attachement. À ce jour, la recherche n’a pas confirmé les suggestions initiales selon lesquelles les attachements sécurisants, insécurisants, désorganisés et les troubles de l’attachement pouvaient s’étendre sur un spectre qui va de l’adaptation saine à malsaine,[21] ni que l’attachement désorganisé devrait être considéré comme un trouble de l’attachement. Le portrait qui commence à se dégager est plutôt que les perspectives cliniques et développementales sur les attachements perturbés offrent différentes façons de comprendre les perturbations en matière d’attachement.

Implications pour les politiques et les services

Chez les nourrissons humains, la tendance à développer des attachements envers leurs donneurs de soins, ainsi que celle des donneurs de soins à s’occuper des nourrissons semble être ancrée. Ainsi, les perturbations de l’attachement deviennent évidentes quand divers facteurs chez le parent, l'enfant ou dans le cadre plus large des donneurs de soins interfèrent avec la capacité normale de l’espèce de développer des attachements.

Les trois auteurs décrivent les implications pour les politiques. van IJzendoorn précise que l’on devrait élaborer des politiques visant à encourager la sensibilité parentale pendant la période de la petite enfance. Grossmann et Grossmann insistent sur l’importance de la relation d’attachement chez les enfants plus âgés et chez les adolescents, et par conséquent, en déduisent que les interventions auprès des familles ne devraient pas se centrer uniquement sur la période de la jeune enfance, mais plutôt viser à fournir du soutien et de l’assistance constante tout au long du développement de l'enfant. Enfin, Hennighausen et Lyons-Ruth ont raison de

souligner que les interventions précoces auprès de nourrissons et de jeunes enfants dont l'attachement est désorganisé sont susceptibles de réduire la nécessité d'interventions plus coûteuses après l'apparition de la psychopathologie.

Les trois auteurs seraient probablement d'accord sur le fait que nous en savons assez pour identifier les enfants à risque de perturbations de l'attachement et sa psychopathologie associée. Cependant, les interventions préventives, peut-être même avant la naissance, ont un potentiel énorme pour modifier les trajectoires comportementales et développementales que peuvent subir les enfants nés dans des familles à risques multiples. Les auteurs affirment aussi que les politiques et la pratique devraient être centrées sur l'identification précoce des difficultés relationnelles parent-enfant dans l'espoir de fournir des services qui pourraient diminuer le risque de développement de psychopathologie ultérieure.

Les politiques devraient identifier les moyens par lesquels les familles peuvent avoir accès à du soutien psychologique et de parentage de façon continue tout au long de la vie de leur enfant. Les intervenants en soins de première ligne et les professionnels des services de garde à l'enfance sont deux groupes qui ont des contacts avec la plupart des familles ayant des enfants et des adolescents. La façon dont ces professionnels peuvent soutenir au mieux les besoins des parents, et les interventions les plus bénéfiques pour améliorer la sensibilité parentale et l'attachement du nourrisson restent à débattre. Une récente méta-analyse des interventions auprès de jeunes enfants affirme que les interventions brèves (moins de cinq séances) centrées sur l'augmentation de la sensibilité maternelle et l'amélioration de la sécurité de l'attachement sont plus efficaces que les interventions à long terme.[23] En revanche, Hennighausen et Lyons-Ruth citent des données selon lesquelles les interventions basées à domicile, intensives et à long terme tendent à mieux agir sur l'attachement désorganisé. En d'autres mots, selon la perspective de promotion de la santé (promouvoir des attachements sécurisants), les interventions plus courtes et plus ciblées semblent préférables, mais selon la perspective de diminution des risques (diminuer les attachements désorganisés), des interventions plus longues et plus intensives peuvent être nécessaires. Les défis qui restent à relever représentent des approches valables pour identifier les différents niveaux de risques chez les familles et les interventions rentables pour optimiser les résultats développementaux et comportementaux ultérieurs chez les jeunes enfants.

Références

1. Bowlby J. *Child care and the growth of love*. Melbourne, Australia: Penguin Books; 1953:13.

2. Howes C. Attachment relationships in the context of multiple caregivers. In: Cassidy J, Shaver PR, eds. Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. New York, NY: Guilford Press; 1999:671-687.
3. Lyons-Ruth K, Bronfman E, Parsons E. Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. IV. Maternal frightened, frightening, or atypical behaviour and disorganized infant attachment patterns. Monographs of the Society for Research in Child Development 1999;64(3):67-96.
4. Green J, Goldwyn R. Annotation: Attachment disorganisation and psychopathology: new findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2002;43(7):835-846.
5. Hamilton CE. Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. Child Development 2000;71(3):690-694.
6. Lewis M, Feiring C, Rosenthal S. Attachment over time. Child Development 2000;71(3):707-720.
7. Waters E, Merrick S, Treboux D, Crowell J, Albersheim L. Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development* 2000;71(3):684-689.
8. Weinfeld NS, Sroufe LA, Egeland B. Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: Continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Development* 2000;71(3):695-702.
9. Zeanah CH, Keyes A, Settles L. Attachment relationship experiences and childhood psychopathology. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2003;1008:22-30
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. 4th ed. Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000;130.
11. O'Connor TG, Marvin RS, Rutter M, Olrick JT, Britner PA, English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. Child-parent attachment following early institutional deprivation. *Development and Psychopathology* 2003;15(1):19-38.
12. Smyke AT, Dumitrescu A, Zeanah CH. Attachment disturbances in young children. I: The continuum of caretaking casualty. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2002;41(8):972-982.
13. Zeanah CH, Smyke AT, Koga S, Carlson E. Attachment in institutionalized children. Conférence présentée au : Biennial meeting of the Society for Research in Child Development; mars 2003; Tampa, Fla.
14. Boris NW, Zeanah CH, Larrieu JA, Scheeringa MS, Heller SS. Attachment disorders in infancy and early childhood: A preliminary investigation of diagnostic criteria. *American Journal of Psychiatry* 1998;155(2):295-297.
15. Boris NW, Hinshaw-Fuselier SS, Smyke AT, Scheeringa MS, Heller SS, Zeanah CH. Comparing criteria for attachment disorders: Establishing reliability and validity in high-risk samples. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2004;43(5):568-577.
16. Zeanah CH, Scheeringa M, Boris NW, Heller SS, Smyke AT, Trapani J. Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child Abuse and Neglect* 2004;28(8):877-888.
17. Chisholm K. A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development* 1998;69(4):1092-1106.
18. Tizard B, Rees J. The effect of early institutional rearing on the behaviour problems and affectional relationships of four-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1975;16(1):61-73.
19. Hodges J, Tizard B. Social and family relationships of ex-institutional adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1989;30(1):77-97.
20. Tizard B, Hodges J. The effect of institutional rearing on the development of eight-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1978;19(2):99-118.

21. Boris NW, Zeanah CH. Disturbances and disorders of attachment in infancy: An overview. *Infant Mental Health Journal* 1999;20(1):1-9.

22. van IJzendoorn MH, Bakersmans-Kranenburg MJ. Disorganized attachment and the dysregulation of negative emotions. In: Zuckerman B, Lieberman A, Fox N, eds. *Socioemotional regulation: Dimensions, developmental trends and influences*. New York, NY: Johnson & Johnson Pediatric Institute; 2002:159-180.

23. Bakersmans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more : Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.

Attachement sécurisé et désorganisé dans les familles maltraitantes et en milieu institutionnel

Marian J. Bakermans-Kranenburg, Ph.D.,[1] Marinus H. van IJzendoorn, Ph.D.[2,3]

[1]Clinical Child and Family Studies, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Pays-Bas [2] Department of Psychology, Education, and Child Studies, Erasmus University Rotterdam, Rotterdam, Pays-Bas[3]Primary Care Unit, School of Clinical Medicine, University of Cambridge, Cambridge, Royaume-Uni

Juillet 2020, Éd. rév.

Introduction

Les enfants naissent avec la tendance à établir une relation d'attachement avec leurs parents et gardiens qui leur apportent sécurité et réconfort en situation de stress. Mais les enfants n'ont pas tous des liens d'attachement solides. La maltraitance et les conduites extrêmement insensibles des donneurs de soins, ainsi que l'instabilité des soins, comptent parmi les plus importants précurseurs d'insécurité et de désorganisation dans l'attachement des enfants. L'attachement fragile et désorganisé quant à lui est un facteur prédictif de compétences sociales plus faibles et de problèmes d'externalisation et d'internalisation plus importants.[1] Que savons-nous du rapport entre la maltraitance subie par les enfants et leur type d'attachement? Quels sont les mécanismes qui lient la maltraitance à un attachement insécurisé et désorganisé? De plus, quels types d'interventions pourraient être les plus efficaces?

Sujet

La maltraitance est un phénomène largement répandu qui touche de nombreux enfants. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la maltraitance de l'enfant correspond à une interaction ou un manque d'interaction qui, dans le cadre du contrôle d'un parent ou d'une personne responsable de sa garde, est objectivement néfaste pour la santé et le développement mental, intellectuel, moral ou social de l'enfant (ou a le potentiel de l'être) dans le contexte de la société où cet enfant grandit.[2] La prévalence mondiale des différents types de maltraitance varie entre 0,3 % selon les études basées sur les signalements des professionnels et 36,3 % selon les études fondées sur des auto-évaluations.[3]

On a laissé entendre que la désorganisation de l’attachement était causée par des soins donnés d’une manière extrêmement insensible et négligente qui inspire de la frayeur.[4] Des études réalisées sur des groupes témoins d’enfants non victimes de maltraitance révèlent que des rapports parents-enfants anormaux comprenant (souvent pour de brèves périodes seulement) un comportement dissociatif, de la brutalité ou un retrait de la part des parents sont liés à l’attachement désorganisé.[5] La maltraitance de la part des parents est probablement l’un des comportements les plus terrorisants auquel un enfant peut être exposé. Les parents qui maltraitent ne sauront pas calmer ou encadrer la détresse de leur enfant mais activeront plutôt tout à la fois ses systèmes de peur et d’attachement. L’expérience de frayeur impuissante qui en résulte caractérise l’enfant victime de violence. Selon Hesse et Main,[4] les enfants désorganisés sont aux prises avec un paradoxe insurmontable : leur figure d’attachement est une source potentielle de réconfort et, en même temps, une source d’effroi imprévisible. De plus, la maltraitance augmente les risques d’insécurité : les sévices et la négligence perpétrés par les parents vont à l’encontre de la sécurité et du confort qu’ils doivent apporter.

Outre ces types de maltraitance « en contexte familial », on devrait également penser à la négligence structurelle dont sont victimes des millions d’enfants placés dans des milieux institutionnels dans le monde. Cette dernière forme de négligence renvoie aux caractéristiques inhérentes au fonctionnement des milieux institutionnels, qui limitent la prestation de soins individuels continus, stables et sensibles : travail par quart, taux de roulement élevé du personnel, grands groupes, régimes stricts et, parfois, chaos physique et social.[6,7]

Problèmes

Les enfants issus de famille maltraitante n’ont pas tous un attachement désorganisé, et d’autres mécanismes mènent à la désorganisation de l’attachement. Les facteurs de risque familiaux (la pauvreté, l’abus d’alcool ou d’autres drogues, un faible niveau d’éducation et la monoparentalité, par exemple) peuvent venir se greffer au risque d’insécurité et de désorganisation au niveau de l’attachement. On peut raisonnablement supposer que les parents confrontés à des problèmes personnels importants ou socioéconomiques ou encore à des angoisses quotidiennes peuvent ne pas être à même de répondre avec sensibilité à leur enfant, voire s’extraire des interactions avec lui, ce qui conduit à une hyperexcitation du système d’attachement de l’enfant. Cet état peut entraver la capacité de l’enfant à déployer une stratégie d’attachement organisé, mais fragile, même en l’absence de maltraitance dans le sens strict de la définition.

Finalement, la mésentente entre les parents et la violence domestique peuvent conduire à des niveaux élevés de désorganisation, l'enfant se trouvant en présence d'une figure d'attachement incapable de se protéger elle-même dans ses affrontements avec son conjoint, ce qui est très effrayant pour un enfant.

Un troisième mécanisme conduisant à l'attachement désorganisé serait associé à l'environnement chaotique dans les centres d'accueil institutionnels. Encore aujourd'hui, des millions d'enfants à travers la planète sont placés en centre d'accueil et non en famille d'accueil ou d'adoption. Malgré la grande variabilité en matière de structure et de qualité de la prise en charge d'un établissement à l'autre, le point commun est l'instabilité des intervenants en raison des effectifs limités, du besoin de s'occuper de l'enfant 24/7 et des ratios enfant/moniteur souvent élevés. Pour l'enfant, cela signifie l'absence de la présence stable d'une personne pour le consoler dans les périodes de contrariété ou d'angoisse. Même dans des conditions sanitaires adéquates où les besoins nutritionnels de l'enfant sont satisfaits, l'attachement de l'enfant est un besoin qui est négligé.

Contexte de la recherche

Il est difficile de recueillir des données sur des échantillons d'enfants maltraités. Ceux-ci sont souvent victimes de multiples formes de violence,[3] ce qui entrave la distinction entre les effets des différents types de maltraitance. Une collaboration avec le service de protection de l'enfance peut soulever des questions d'ordre juridique et éthique impliquant le partage de renseignements avec des intervenants cliniques ou des demandes de déclarations devant les tribunaux.

Il est par ailleurs difficile d'accéder aux établissements pour enfants et de pouvoir observer l'attachement de l'enfant dans ces milieux. Qui est le moniteur ou éducateur le plus stable pour un enfant ou son favori? Qui devrait-on observer en tant que figure d'attachement dans le cadre de l'interaction avec l'enfant? Quelles sont les conséquences si l'enfant n'a développé une relation d'attachement avec aucun des moniteurs ou éducateurs?

Questions clés pour la recherche

Trois questions sont d'une importance capitale. Premièrement, la maltraitance à l'égard des enfants mène-t-elle davantage à un attachement insécurisé et désorganisé? Deuxièmement, être placé en centre d'accueil est-il associé à un attachement fragile et désorganisé? Troisièmement,

y a-t-il des interventions (préventives) efficaces contre la maltraitance à l'égard des enfants?

Résultats récents de la recherche

Une méta-analyse combinant l'ensemble des études pertinentes a permis de démontrer que les enfants maltraités sont plus susceptibles de présenter un attachement fragile et désorganisé, même si on les compare aux enfants qui grandissent dans une famille à haut risque (par exemple, une mère monoparentale).[8] Cela étant dit, le cumul des facteurs de risque est associé à des risques supérieurs. Les enfants exposés à cinq facteurs de risque, comme la pauvreté, une mère mineure, un faible niveau d'éducation, la monoparentalité, la minorité et l'abus d'alcool et d'autres drogues, présentent les mêmes probabilités de présenter un attachement désorganisé que les enfants maltraités. Ils peuvent subir un certain type de négligence parentale qui est inévitable dans des conditions de vie chaotiques et d'éducation d'un enfant.

En ce qui a trait à la violence domestique, Zeanah et ses collaborateurs[9] ont documenté une relation dose-réponse entre l'exposition de la mère à la violence conjugale et la désorganisation du bébé. La violence conjugale dont le jeune enfant est témoin peut susciter chez lui des craintes au sujet du bien-être de sa mère et de la capacité de celle-ci à le protéger et à se protéger elle-même contre la violence.

En centre d'accueil, seul un petit nombre d'enfants développent une relation d'attachement solide avec un intervenant : si l'on combine l'ensemble des études publiées jusqu'à présent, 24 % des enfants en centre d'accueil possèdent les attributs de l'attachement solide (par rapport à 62 % dans la population normale) et 57 % affichent un attachement désorganisé (par rapport à 15 % dans la population normale).[6] Parallèlement aux immenses retards de développement à la fois physique et cognitif,[6] ces chiffres soulignent le besoin urgent de soutenir les alternatives en milieu familial par rapport à l'institutionnalisation.[7]

Une question importante qui se pose ensuite est de savoir si les enfants placés en famille d'accueil ou d'adoption après une institutionnalisation peuvent développer un attachement solide avec leurs nouveaux parents. Les études observationnelles montrent que les enfants adoptés avant l'âge de 12 mois affichent souvent un attachement solide et similaire à celui de leurs pairs non adoptés, tandis que les enfants adoptés après la date de leur premier anniversaire possèdent des attributs d'attachement souvent inférieurs aux enfants non adoptés (mais cet attachement est plus solide par rapport à celui des enfants en centre d'accueil).[10] Les enfants adoptés étaient

comparables aux enfants en famille d’accueil. Néanmoins, les enfants adoptés présentaient un attachement plus désorganisé par rapport à leurs pairs non adoptés. Une fois de plus, ces enfants étaient comparables aux enfants placés en famille d’accueil.

On pourrait avancer que les enfants qui quittent les centres d’accueil afin d’être placés en famille d’adoption ou d’accueil sont des enfants plus sociables, qui réussissent mieux, avec un meilleur pronostic par rapport aux enfants laissés derrière, en établissement. Le projet Bucharest Early Intervention Project (BEIP)[11] est la seule étude conçue selon un plan contrôlé et randomisé. Suite à une évaluation initiale, la moitié des enfants en centre d’accueil ont été affectés de manière aléatoire dans un programme de placement en famille d’accueil. L’autre moitié restait en centre d’accueil institutionnel. Le projet BEIP comportait également un groupe témoin d’enfants au développement normal, d’âge correspondant, en Roumanie. À l’âge de 4 ans, la proportion d’enfants présentant un attachement solide était 24 % supérieure chez les enfants du groupe grandissant en famille d’accueil par rapport à ceux restés en milieu institutionnel, mais inférieur par rapport au groupe témoin d’enfants vivant avec leur famille biologique. Par conséquent, en cohérence avec les autres critères de développement,[6] le placement en famille d’accueil (avec des parents adoptifs ou d’accueil) s’avère être une intervention efficace dans le domaine de l’attachement.

Quelle est l’efficacité des interventions réalisées sur les méthodes d’éducation des parents chez les familles touchées par la maltraitance? Une synthèse « parapluie » des interventions effectuées pour prévenir ou diminuer la maltraitance chez l’enfant a montré une faible efficacité en matière d’intervention, tant pour les interventions ciblant le potentiel de violence envers les enfants ou les familles signalant une maltraitance lors d’une auto-évaluation, que pour les interventions octroyées aux familles avec un signalement officiel de maltraitance de l’enfant.[2] Une méta-analyse antérieure a mentionné une efficacité supérieure pour les programmes axés sur la formation des parents par rapport à ceux se contentant d’apporter du soutien.[12]

Lacunes de la recherche

Plusieurs questions restent à élucider. Comment certains enfants élevés en établissement ou victimes de maltraitance arrivent-ils à développer un style d’attachement sécurisé et qu’est-ce qui caractérise ces enfants? La sécurité de l’attachement constitue-t-elle un facteur de protection dans les milieux à risque élevé? Interagit-elle avec d’autres facteurs de protection, comme la constitution biologique de l’enfant ou les ressources psychosociales des personnes qui s'en

occupent? On sait peu de choses sur les effets différentiels des divers types de mauvais traitements ou de négligence, car la présence souvent simultanée de plusieurs d'entre eux empêche une distinction claire de ces effets. Enfin, plus de recherches doivent être déployées sur les effets des programmes de soutien aux parents sur la qualité de l'attachement dans les groupes concernés par la maltraitance.

Implications pour les parents, les services et la politique

Les conséquences dévastatrices de l'institutionnalisation révèlent clairement qu'il faut complètement éviter, dans la mesure du possible, d'exposer les enfants au milieu de vie en centre d'accueil et au contraire, soutenir le placement en famille d'accueil stable ou d'adoption. Dans une étude réalisée chez des enfants infectés par le VIH, le placement en famille d'accueil, même défavorisée, serait plus favorable au développement d'une relation d'attachement par rapport aux établissements de bonne qualité.[13]

La famille compte, et certaines familles ont besoin de soutien. Les données sur la prévalence de la maltraitance envers les enfants font ressortir l'importance de l'expérience de maltraitance des parents dans leur propre enfance[2] et des facteurs de risque liés au manque d'emploi et à un niveau d'éducation très faible des parents.[2,12] Cette constatation nous amène à recommander fortement toutes les politiques socioéconomiques axées sur l'éducation et l'emploi. Les politiques favorisant l'instruction et l'emploi devraient entraîner une réduction de la maltraitance des enfants. En outre, associer des interventions axées sur les interactions en milieu familial, selon des expériences socioéconomiques de grande envergure, comme des essais de transferts monétaires, pourrait être un moyen fructueux de prévenir ou de diminuer la maltraitance des enfants.[2]

Références

1. Groh AM, Fearon RP, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Roisman GI. Attachment in the early life course: meta-analytic evidence for its role in socioemotional development. *Child Development Perspectives* 2017;11:70-76. doi:10.1111/cdep.12213
2. Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Coughlan B, Reijman S. Child maltreatment antecedents and interventions: Umbrella synthesis and differential susceptibility perspective on risk and resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2020;61:272-290.
3. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LRA, Van IJzendoorn MH. The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review* 2015;24:37-50. doi:10.1002/car.2353
4. Hesse E, Main M. Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology* 2006;18(2):309-343.

5. Madigan S, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, Moran G, Pederson DR, Benoit D. Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment and Human Development* 2006;8(2):89-111.

6. Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Duschinsky R, Goldman PS, Fox NA, Gunnar MR, Johnson DE, Nelson CA, Reijman S, Skinner GCM, Zeanah CH, Sonuga-Barke EJS. Institutionalisation and deinstitutionalisation of children I: A systematic and integrative review of evidence regarding effects on development. *The Lancet Psychiatry* 2020;7(8):703-720.

7. Goldman PS, Bakermans-Kranenburg MJ, Bradford B, Christopoulos A, Lim Ah Ken P, Agastya NLPM, Cuthbert C, Duchinsky R, Fox NA, Grigoras S, Gunnar MR, Ibrahim RW, Johnson DE, Kusumaningrum S, Mwangangi FM, Nelson CA, Ott EM, Reijman S, Van IJzendoorn MH, Zeanah CH, Zhang Y, Sonuga-Barke EJS. Institutionalisation and de-institutionalisation of children II: policy and practice recommendations. *The Lancet Child & Adolescent Health* 2020;4(8):606-633.

8. Cyr C, Euser EM, Bakermans–Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH. Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 2010;22:87-108. doi:10.1017/S0954579409990289

9. Zeanah CH, Danis B, Hirshberg L, Benoit D, Miller D, Heller SS. Disorganized attachment associated with partner violence: A research note. *Infant Mental Health Journal* 1999;20(1):77-86.

10. Van den Dries L, Juffer F, Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Fostering Security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and Youth Services Review* 2009;31:410-421. doi:10.1016/j.childyouth.2008.09.008

11. Nelson CA, Fox NA, Zeanah CH. *Romania's abandoned children: deprivation, brain development, and the struggle for recovery.* Cambridge, MA: Harvard University Press, 2014.

12. Euser S, Alink LRA, Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH. A gloomy picture: a meta-analysis of randomized controlled trials revealed disappointing effectiveness of programs aiming at preventing child maltreatment. *BMC Public Health* 2015;15:1068-1081. doi:10.1186/s12889-015-2387-9

13. Dobrova-Krol NA, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. The importance of quality of care: Effects of perinatal HIV infection and early institutional rearing on preschoolers' attachment and indiscriminate friendliness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2010;51:1368-1376. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02243.x

Les interventions portant sur l’attachement et leur impact sur la qualité de l’attachement chez les nourrissons et les jeunes enfants

Mary Dozier,[1] Ph.D., Kristin Bernard,[2] Ph.D

[1]University of Delaware, États-Unis, [2]Stony Brook University, États-Unis

Juin 2020, 2e éd. rév.

Introduction

Pour les nourrissons et les jeunes enfants, le développement des liens d’attachement envers les personnes qui prennent soin d’eux constitue une tâche clé de nature biologique. La qualité de l’attachement que les enfants développent semble largement dépendre de la disponibilité des personnes qui en prennent soin.[1] Quand elles sont réceptives, les enfants ont tendance à développer un attachement sécurisant et à s’adresser directement à ces personnes quand ils se sentent bouleversés. Quand elles rejettent les demandes des enfants pour se faire rassurer, ces derniers ont tendance à développer un attachement de type évitant et à se détourner de ces personnes quand ils se sentent bouleversés. Quand ces personnes ne sont pas disponibles de façon cohérente, les enfants ont tendance à développer un attachement de type ambivalent et à manifester un mélange de résistance et de recherche de proximité. Bien qu’il semble crucial que les enfants développent un attachement sécurisant[2-4] dans notre société, chaque type d’attachement peut être considéré comme bien adapté à la disponibilité des personnes qui prennent soin d’eux. Cependant, quand les enfants craignent ces personnes, ils ont des difficultés à développer un attachement organisé et développent souvent un attachement désorganisé, ils manquent alors de stratégie cohérente pour affronter leur détresse. La qualité de l’attachement a été reliée à des problèmes de comportement plus tard. L’attachement désorganisé est particulièrement prédictif des symptômes dissociatifs (par exemple, avoir un regard vide et hagard),[5] et à des problèmes d’internalisation et d’externalisation.[6-8] Un certain nombre de programmes de prévention et d’intervention ont été mis en place dans le but d’améliorer la qualité de l’attachement des nourrissons.

Sujet

Certaines interventions portant sur l’attachement ciblent la sensibilité parentale (par exemple, le suivi des initiatives de l’enfant, la nurturance face à sa détresse ou le fait d’éviter des comportements effrayants) comme principal mécanisme de changement. Le comportement parental reflète les interventions ciblées sur les risques proximaux. En d’autres mots, le comportement parental dicte les attentes de l’enfant en matière de disponibilité parentale et par conséquent, l’attachement. Ainsi, les changements intervenant dans le comportement parental devraient mener à des changements dans l’attachement de l’enfant. D’autres interventions visent des facteurs plus distaux, comme les représentations parentales qui illustrent la manière dont les adultes traitent les pensées, les sentiments et les souvenirs corrélés à l’attachement. Selon certains, il serait nécessaire de changer les représentations parentales ou de traiter d’autres facteurs distaux (par exemple, la dépression parentale, les antécédents de traumatisme et les facteurs de stress environnementaux) pour voir apparaître des changements comportementaux durables.

Problèmes

Les programmes dont le but est d’améliorer l’attachement peuvent être différents en ce qui a trait à l’objectif, à la stratégie d’intervention et à la population ciblée. Bien que l’objectif général puisse être l’amélioration de la qualité de l’attachement, les autres buts, tels que l’amélioration de la qualité de vie ainsi que de l’autonomie personnelle et la réduction de la symptomatologie, peuvent être différents, selon l’intervention et la population desservie et le niveau de fidélité envers le modèle de traitement. Les experts ne sont pas d’accord sur la nature des besoins. Par exemple, certains[9] suggèrent que des interventions intensives qui débutent pendant la période prénatale sont essentielles, alors que d’autres[10] pensent que des interventions ciblées et à court terme sont nécessaires. L’évaluation du processus de traitement et de la fidélité est très importante pour savoir ce qui est couvert par l’intervention. Par exemple, Korfmacher et al.[11] ont découvert que leur intervention, qui tentait de modifier l’état d’esprit parental, amenait rarement les parents vers un travail orienté vers le discernement.

Contexte de la recherche

En 2003, une méta analyse rapportée par Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn et Juffer[10] a inclus 29 études sur la sécurité de l’attachement comme indicateur de résultats. Vingt-trois d’entre elles étaient des essais cliniques aléatoires et comptaient 1 255 participants. La nature des interventions et les populations desservies différaient grandement d’une étude à l’autre.

Cependant, les résultats méta analytiques permettaient d'évaluer l'importance de facteurs comme l'intensité de l'intervention et la population.

Au cours des deux dernières décennies, un plus grand nombre d'études ont été consacrées à l'évaluation de l'attachement en tant que critère d'évaluation. En 2018, Facompre, Bernard et Waters[11] ont effectué une méta-analyse des taux d'attachement désorganisé rapportés dans 16 études expérimentales. De manière générale, les interventions étaient associées à une baisse de l'incidence de l'attachement désorganisé. Les impacts étaient supérieurs dans les dernières études par rapport aux études plus anciennes, au niveau des échantillons d'enfants maltraités par opposition aux échantillons d'enfants n'ayant pas subi de maltraitance, et chez les enfants d'âge plus avancé par rapport aux plus jeunes.

Questions clés pour la recherche

Les questions clés pour la recherche sont les suivantes :

- Les programmes d'intervention ou de prévention améliorent-ils la qualité de l'attachement des enfants envers les personnes qui prennent soin d'eux?
- Quelles sont les caractéristiques des interventions réussies?
- Pour qui les interventions réussissent-elles le mieux?
- Par quel processus fonctionnement les programmes d'intervention?
- Les interventions peuvent-elles être diffusées largement avec fidélité?

Récents résultats de recherche

Au cours de la dernière décennie, le nombre de données probantes a augmenté pour de nombreuses interventions portant sur l'attachement.[13] Un nombre important d'interventions ont été étudiées dans le cadre d'essais cliniques randomisés qui ont permis de constater que les interventions augmentaient le taux d'attachement sécurisant et diminuaient le taux d'attachement désorganisé par rapport à des interventions témoins. Parmi ces interventions, figurent celles qui ciblent directement la sensibilité parentale, comme l'illustrent les programmes Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC[14]), Video-Feedback Intervention to Promote Positive Parenting (VIPP[15]) et plusieurs autres, ainsi que les interventions axées sur les représentations parentales, comme les programmes Child-Parent Psychotherapy (CPP[16]) et Minding the Baby (MTB[17]).

Il est important de se demander ce qui fonctionne et pour qui. Dans la plupart des cas, nous ne disposons d'aucune donnée empirique pour pouvoir suggérer de déployer différentes interventions portant sur l'attachement pour des problèmes distincts. À ce stade, rien ne permet de confirmer l'idée que les parents à moindres risques feront mieux avec des services moins intensifs et que les parents à plus hauts risques feront mieux avec des services plus intensifs.

En général, les interventions efficaces lors des essais en laboratoire présentent moins d'efficacité dans la communauté.[18] L'un des facteurs responsables de cette baisse de l'efficacité est que l'observance n'est ni garantie ni mesurée.[19] Toutes les chances d'un déploiement efficace des interventions portant sur l'attachement s'obtiennent avec des évaluations de l'observance clairement précisées.

Conclusions

1. Les interventions sont efficaces en ce qui a trait à l'amélioration de la qualité de l'attachement des enfants.
2. Celles qui visent des aspects particuliers, comme la sensibilité parentale, semblent plus efficaces que celles qui ont des objectifs plus globaux.
3. Les interventions brèves sont au moins aussi efficaces que celles de plus longue durée.
4. Celles qui commencent quand l'enfant est plus âgé semblent plus efficaces que les interventions débutant plus tôt.

Implications

Les résultats des études de recherche soutiennent l'efficacité des interventions visant à améliorer la qualité de l'attachement. L'efficacité des interventions brèves et axées sur la sensibilité parentale a été démontrée, à l'instar des autres interventions qui demandent du temps et ciblent les représentations des parents.

Références

1. Ainsworth MDS, Blehar, MC, Waters, E, Wall, S. *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation.* Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1978.
2. Groh AM, Fearon RP, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn, MH, Steele RD, Roisman G. The significance of attachment security for children's social competence with peers: A meta-analytic study. *Attachment and Human Development* 2014;16:103-136.

3. Sroufe LA. Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaption and competence. *Minnesota Symposia on Child Psychology* 1983;16:41-83.

4. Kobak R, Cassidy J, Lyons-Ruth K, Ziv Y. Attachment, stress, and psychopathology: A developmental pathways model. In: Cicchetti D, Cohen DJ, eds. *Developmental psychopathology*. 2nd ed. New York, NY: Wiley-Interscience; 2006:333-369. Theory and method; vol 1.

5. Carlson EA. A prospective longitudinal study of attachment disorganization/ disorientation. *Child Development* 1998;69(4):1107-1128.

6. Lyons-Ruth K. Contributions of the mother-infant relationship to dissociative, borderline, and conduct symptoms in young adulthood. *Infant Mental Health Journal* 2008;29(special issue):203-218.

7. Fearon RP, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Lapsley AM, Roisman GI. The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development* 2010;81:435-456.

8. Groh AM, Roisman GI, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Fearon RP. The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: A meta-analytic study. *Child Development* 2012;83:591-610.

9. Egeland B, Weinfield NS, Bosquet M, Cheng BK. Remembering, repeating, and working through: Lessons from attachment-based interventions. In: Osofsky JD, Fitzgerald HE, eds. *Infant mental heath groups at high risk*. New York, NY: Wiley; 2000:35-89. Handbook of infant mental health; vol. 4.

10. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.

11. Korfmacher J, Adam E, Ogawa J, Egeland B. Adult attachment: Implications for the therapeutic process in a home visitation intervention. *Applied Developmental Science* 1997;1(1):43-52.

12. Facompre C, Bernard K, Waters T. Effectiveness of interventions in preventing disorganized attachment: A meta-analysis. *Development and Psychopathology* 2018;30:1-11.

13. Steele H, Steele M. *Handbook of attachment-based interventions*. New York, NY: Guildford Press; 2018.

14. Dozer M, Bernard K. *Coaching infants of vulnerable parents: The attachment and biobehavioral catch-up approach*. New York, NY: Guilford; 2019.

15. Juffer F, Bakermans-Kranenburg, MJ, van IJzendoorn MH. Video-feedback intervention to promote positive parenting and sensitive discipline: Development and meta-analytic evidence for its effectiveness. In: Steele H, Steele M, eds. *Handbook of attachment-based interventions.* New York: Guilford Press;2018:1-26.

16. Lieberman AF, Ghosh Ippen C, Van Horn P. Child–parent psychotherapy: 6-Month follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2006;45:913-918.

17. Slade A. Holland ML, Ordway MR, Carlson EA, Jeon S, Close N, Sadler LS. Minding the Baby®: Enhancing parental reflective functioning and infant attachment in an attachment-based, interdisciplinary home visiting program. *Development and Psychopathology* 2019;32:123-137.

18. Durlak JA, DuPre EP. Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology* 2008;41:327-350.

19. Hulleman, CS, Cordray DS. Moving from the lab to the field: The role of fidelity and achieved relative intervention strength. *Journal of Research on Educational Effectiveness* 2009;2:88-110.

Programmes d’intervention et de prévention portant sur l’attachement et destinés aux jeunes enfants

Byron Egeland, Ph.D.

Institute of Child Development, University of Minnesota, États-Unis

Juillet 2019, 2e éd. rév.

Introduction

La théorie de Bowlby sur l’attachement porte à la fois sur la psychopathologie et sur le développement socio-affectif normal. Elle est fondée sur l’idée selon laquelle la relation précoce qui s’établit entre le nourrisson et la personne qui en prend soin constitue la fondation du développement futur. Cette théorie vise à expliquer comment la relation précoce contribue au bien-être ou plus tard, à la psychopathologie. Le terme attachement est utilisé pour décrire le lien affectif entre le nourrisson et la personne qui en prend soin.[1,2] L’attachement n’est pas une caractéristique propre au nourrisson ni à la personne qui s’en occupe. C’est plutôt un modèle d’interaction affective et comportementale qui s’établit dans le temps au fur et à mesure que le nourrisson et la personne qui en prend soin interagissent, surtout en ce qui concerne les besoins et les demandes d’attention et de réconfort de la part de l’enfant.

Grâce aux interactions répétées avec les mêmes adultes, le nourrisson apprend à reconnaître et à prévoir le comportement de la principale personne qui s’occupe de lui, généralement la mère. Bowlby décrit l’enfant comme biologiquement prédisposé à utiliser la personne qui en prend soin comme un havre de sécurité, ou une base solide alors qu’il explore son environnement.[1] Ainsi, un bébé qui se sent menacé va se tourner vers l’adulte pour obtenir protection et réconfort. Les réponses de ce dernier envers de telles demandes d’aide vont façonner la relation d’attachement à l’intérieur d’un modèle d’interaction qui se développe dans le temps. Vers la fin de la première année de sa vie, l’histoire de la relation du bébé et de la personne qui en prend soin permet au nourrisson de commencer à anticiper la réponse de l’adulte à ses demandes de réconfort, et d’agir en fonction de ces attentes.

Un autre principe de la théorie de l’attachement est que les nourrissons établissent des représentations mentales du moi, des autres et des relations entre le moi et les autres à partir de

ces premières relations. Bowlby appelle ces représentations des modèles opérants internes.[1] Au fur et à mesure que le bébé se développe et découvre le monde au-delà de cette première relation, le modèle opérant interne guide son comportement et ses attentes au cours des relations subséquentes.

Les mères sensibles et réceptives vis-à-vis du nourrisson auront des bébés qui continueront à les rechercher quand ils seront bouleversés, et qui seront calmés par le contact avec elle. Le modèle opérant interne amènera le nourrisson à considérer les autres comme fiables et compatissants, et lui-même comme digne de ce type d'attention. Ce modèle s'appelle le modèle sécurisant.[1,2]

En revanche, si la personne qui prend soin de l'enfant ne s'est pas montrée disponible ou si elle l'a été, mais de façon irrégulière, si elle a été insensible ou si elle a rejeté le nourrisson quand ce dernier a recherché un contact, le bébé apprendra à ne pas chercher de contact quand il est bouleversé ou à chercher du réconfort uniquement de façon ambivalente, puisque des demandes soutenues pourraient éloigner la personne qui en prend soin et qui n'est déjà pas fiable. Le modèle opérant interne de ce nourrisson le conduira à considérer les autres comme indignes de confiance et susceptibles de le rejeter, et à se voir comme indigne de soins fiables et sensibles. On désigne ces modèles comme insécurisants.[1,2] Les modèles d'attachement insécurisant ont été subdivisés en deux : attachement de style évitant et attachement de style résistant (ou ambivalent). De plus, certains nourrissons sont classés comme désorganisés et désorientés en ce qui a trait à l'attachement parce qu'ils ne semblent pas capables de recourir à un modèle unique d'attachement organisé lorsqu'ils sont confrontés à une menace ou au stress. Ils deviennent plutôt désorientés ou recourent à des stratégies comportementales conflictuelles.

Sujet : Attachement et développement ultérieur

La recherche a démontré que la sécurité de l'attachement pendant la prime enfance permettait de prédire des aspects du développement social pendant l'enfance et l'adolescence, tels l'empathie,[3,4,5] la compétence sociale[5,6,7,8,9] et les problèmes de comportement.[10,11,12] L'attachement sécurisant prédit des résultats de développement plus optimal, alors que l'attachement insécurisant prédit des problèmes relationnels et de comportement. Nous avons aussi découvert que l'attachement sécurisant était un facteur protecteur important pour les enfants qui fonctionnent adéquatement, même dans l'adversité.[13] De plus, les relations d'attachement peuvent avoir des effets à long terme sur le fonctionnement en influençant le cours du développement biologique, y compris celui du cerveau.[14]

Les modèles opérants internes de la prime enfance continuent tout au long de la vie. Tel que souligné plus haut, ils influencent les attentes individuelles et les comportements dans les relations, y compris celles liées au parentage dans la génération future. À l'aide de l'entrevue sur l'attachement adulte (AAI),[15] plusieurs études ont démontré que l'organisation de l'attachement des parents était reliée aux modèles d'attachement du nourrisson. Les parents dont l'organisation est sécurisante sont susceptibles d'avoir des nourrissons ayant un attachement sécurisant envers eux, alors que ceux dont l'organisation est insécurisante sont susceptibles d'avoir des bébés dont l'attachement est insécurisant.[16,17]

Étant donné les nombreux résultats positifs associés à l'attachement sécurisant, les implications sont claires. Il faut concevoir et évaluer des programmes de prévention et d'intervention destinés à favoriser une relation solide entre les parents et l'enfant afin d'améliorer les résultats développementaux des bébés et des enfants à risque de problèmes développementaux et de prévenir les problèmes de comportement et la psychopathologie.

Problèmes : Programmes de prévention et d'intervention portant sur l'attachement

Les liens d'attachement, comme tous les autres aspects du développement, ne sont pas isolés de leur contexte. Tel que souligné plus haut, les personnes qui répondent aux besoins et aux signaux de leurs nourrissons avec sensibilité sont susceptibles de développer des liens d'attachement sécurisants avec leur bébé. Il y a de nombreux facteurs personnels (par exemple la dépression maternelle) et interpersonnels (relation violente avec le ou la partenaire) qui peuvent poser davantage de difficultés à la personne qui prend soin de l'enfant lorsqu'il s'agit d'être attentif et sensible aux besoins affectifs de l'enfant. De plus, un ensemble de facteurs environnementaux, comme des conditions de vie chaotiques, peuvent interférer avec le développement des liens d'attachement, surtout dans le cas de familles provenant de populations à risque élevé confrontées à de multiples défis personnels et environnementaux. De nombreux programmes ne sont pas équipés pour faire face aux problèmes de ces familles.

Contexte de la recherche : Résultats d'interventions portant sur l'attachement

En 1995, van Ijzendoorn et al.[18] ont effectué une recension de 12 interventions sur l'attachement et en 2000, Egeland et al.[19] ont trouvé d'autres programmes qui avaient été mis en œuvre et évalués. En 2003, les chercheurs néerlandais ont réalisé une autre méta-analyse qui comportait 29 études visant à améliorer les liens d'attachement sécurisants. Plus récemment, une

augmentation du nombre de programmes de prévention et d'intervention fondés sur l'attachement a été notée.[20]

Mountain et al.[21] ont effectué une recension systématique et une méta-analyse afin de déterminer l'efficacité d'une intervention précoce pour améliorer la sécurité de l'attachement. Ils ont constaté que l'intervention précoce permettait de sécuriser l'attachement et d'améliorer la sensibilité parentale. Ces résultats reproduisent ceux d'une recension et d'une méta-analyse précédentes.[20]

En fait, il y a deux grands types de programmes d'intervention destinés à améliorer la qualité de l'attachement mère-enfant : 1) ceux qui tentent d'aider les parents à devenir plus sensibles envers les signaux de leur nourrisson et 2) ceux qui essayent de changer les représentations que se font les parents de la façon dont leurs propres parents ont pris soin d'eux. Plusieurs des interventions sur l'attachement appartiennent à l'une ou à l'autre de ces catégories alors que d'autres combinent les deux approches et que d'autres encore, comme le programme de Beckwith[22] qui insiste sur le soutien social.

Question clé pour la recherche

Étant donné qu'un lien d'attachement sécurisant entre le parent et le nourrisson est associé à des résultats développementaux positifs et qu'on a démontré qu'il constituait un facteur de protection face à l'adversité, il nous incombe de développer, de mettre en place et d'évaluer des programmes de prévention et d'intervention portant sur l'attachement. Plusieurs questions de recherche restent à résoudre, en particulier celles qui touchent à la rentabilité à long terme associée à ce type de programmes. De plus, les chercheurs doivent déterminer qui est le plus susceptible de bénéficier des approches et des stratégies particulières d'un programme.

Résultats récents de la recherche

Plusieurs interventions effectuées aux Pays-Bas ont réussi à améliorer la sensibilité des mères envers les signaux de leurs nourrissons. Van den Boom[23] a aléatoirement réparti 100 nourrissons irritables et leur mère en deux groupes, soit un groupe de traitement et un groupe témoin. Il a découvert que les sujets du groupe de traitement étaient plus sensibles et que les dyades mère-nourrisson qu'ils formaient présentaient un type d'attachement plus sécurisant que celles du groupe témoin. L'intervention, qui avait lieu à domicile, avait pour but d'accroître la sensibilité parentale. Elle ne comportait que trois séances et des résultats positifs ont été constatés aux

suivis effectués à 24 et à 42 mois. Juffer et al.[24,25] ont utilisé une approche similaire avec des nourrissons adoptés et leurs parents adoptifs et ont aussi obtenu des résultats positifs.

Dans une étude récente, van Zeijl et al.[26] ont utilisé la procédure de rétroaction par vidéo avec un groupe d'enfants de un à trois ans qui manifestaient un comportement d'externalisation très marqué. La comparaison avec le groupe témoin a permis de constater que l'intervention s'est avérée efficace pour diminuer les comportements d'hyperactivité, d'opposition et d'agressivité. L'analyse ultérieure des données de cette étude par Bakermans-Kranenburg et al.[27] a révélé que des différences génétiques modéraient les effets de l'intervention. Les comportements d'externalisation des enfants dont la composition génétique du récepteur de la dopamine correspondait à un certain génotype ont connu la plus importante baisse lorsque leurs parents avaient plus souvent recours à une discipline positive. Certaines études qui montrent que le degré de réceptivité des enfants face aux changements dans leur milieu est déterminé en partie par des différences génétiques sont très stimulantes. Il est à espérer qu'elles donneront lieu à d'autres recherches sur l'interaction gène-environnement dans le domaine de la prévention et de l'intervention se rapportant à la petite enfance.

Les résultats d'évaluation de programmes destinés à modifier les représentations cognitives des parents ont révélé beaucoup de découvertes positives, mais peu ont obtenu des différences importantes entre les groupes témoins et de traitement en ce qui concerne la classification de l'attachement. Lieberman et al.[28] ont identifié un groupe d'enfants à attachement anxieux dans des familles à haut risque. Comme plusieurs chercheurs, ils ont tenté de modifier les modèles opérants internes et ont utilisé une approche psychothérapeutique parent-enfant. L'objet des visites hebdomadaires à domicile était de répondre aux expériences affectives de la mère et de l'enfant, à celles rapportées par la mère et à celles observées pendant l'interaction mère-enfant. L'intervenant tentait de clarifier les expériences affectives et les sentiments de la mère envers lui et envers son jeune enfant. Ils ont découvert des différences importantes entre les groupes témoins et d'intervention au plan de l'empathie, des comportements de partenariat à but corrigé, de l'évitement et de la colère de l'enfant contre la mère, le groupe d'intervention ayant obtenu de meilleurs résultats pour chaque variable. Après avoir utilisé une approche similaire, Toth et al.[29] ont trouvé que le taux d'attachement sécurisant était plus élevé chez les enfants de mère souffrant de dépression qui participaient au groupe de psychothérapie parent-enfant que chez ceux qui avaient été choisis aléatoirement pour former le groupe témoin.

Le projet STEEP (*Steps Toward Effective Enjoyable Parenting*) est un programme plus exhaustif destiné à modifier les modèles opérants internes et à augmenter la sensibilité maternelle.[30] L'approche inclut des visites à domicile et des séances de groupe qui commencent pendant la période prénatale et qui continuent pendant deux. Le programme s'est traduit par de nombreux résultats positifs. Par exemple, les mères étaient plus sensibles, avaient une meilleure compréhension du développement du nourrisson, des taux d'anxiété et de dépression moins élevés, étaient plus compétentes dans la gestion des affaires familiales et avaient un réseau de soutien social supérieur à celui des mères du groupe témoin.

Conclusions

Les résultats développementaux positifs à long terme associés à une relation d'attachement sécurisant entre parent et nourrisson sont d'excellentes raisons d'implanter des programmes de prévention fondés sur l'attachement précoce. Le fait de reconnaître l'importance de cette relation précoce n'a cependant pas résulté en de nombreuses interventions portant sur l'attachement. Il existe divers programmes d'éducation parentale et de visites à domicile, mais peu d'entre eux ont pour but principal de faciliter le développement d'un lien d'attachement sécurisant.

Les résultats de l'évaluation des interventions portant sur l'attachement sont encourageants, surtout les études néerlandaises qui comptent des échantillons à risques relativement peu élevés. En se basant sur les résultats de ces études, il semble que les interventions portant sur l'attachement et centrées sur l'amélioration de la sensibilité sont susceptibles de réussir auprès de parents qui sont motivés à apprendre à répondre à leur nourrisson difficile. Pour les familles à risque plus élevé, il semble que des interventions plus exhaustives et à long terme soient nécessaires.

Implications

En se basant sur la théorie et sur la recherche ainsi que sur les résultats des évaluations des interventions portant sur l'attachement, il serait recommandé d'incorporer des programmes d'intervention et de prévention portant sur l'attachement au sein des programmes de visite à domicile et d'éducation parentale destinés aux familles à risque élevé ayant de jeunes enfants, et aussi d'explorer de nouvelles approches pour modifier la représentation cognitive que les parents se font de leur attachement avec leurs propres parents.

On en sait beaucoup sur les interactions parent-enfant, sur les caractéristiques des parents, sur leurs croyances et sur les facteurs contextuels antérieurs à une relation d'attachement sécurisante. Cette connaissance doit être appliquée à la prochaine génération d'interventions en attachement. Les besoins et les forces des familles à risque élevé sont variés. Les programmes d'intervention doivent être conçus pour répondre aux besoins particuliers de chaque famille afin de tirer profit de leurs forces.

Références

1. Bowlby J. *Attachment*. 2nd ed. New York, NY: Basic Books; 1982. *Attachment and loss*; vol 1.
2. Ainsworth MDS, Blehar M, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: A Psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1978.
3. Kestenbaum R, Farber E, Ellen A, Sroufe LA. Individual differences in empathy among preschoolers: Relation to attachment history. *New Directions for Child Development* 1989;44:51-64.
4. Oppenheim D, Sagi A, Lamb ME. Infant-adult attachments on the kibbutz and their relation to socioemotional development four years later. In: Chess S, Hertzig ME, eds. *Annual progress in child psychiatry and child development, 1989*. Philadelphia, Pa: Brunner/Mazel Inc.; 1990:92-106.
5. Sroufe LA. Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaptation and competence. *Minnesota Symposia on Child Psychology* 1983;16:41-83.
6. Elicker J, Englund M, Sroufe LA. Predicting peer competence and peer relationships in childhood from early parent-child relationships. In: Parke RD, Ladd GW, eds. *Family-Peer Relationships: Modes of Linkage*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1992:77-106.
7. Sroufe LA, Egeland B, Carlson EA, Collins WA. *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York, NY: Guilford Press; 2005.
8. Sroufe LA, Egeland B, Carlson EA. One social world: The integrated development of parent-child and peer relationships. In: Collins WA, Laursen B, eds. *Relationships as developmental contexts*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1999: 241-262. *Minnesota symposium on child psychology*; vol 30.
9. Thompson RA. Early attachment and later development: Familiar questions, new answers. In: Cassidy J, Shaver PR, eds. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. 2nd Ed. New York: Guilford Press; 2008: 348-365.
10. Egeland B, Carlson B. Attachment and psychopathology. In: Atkinson L, Goldberg S, eds. *Attachment issues in psychopathology and intervention*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2004:27-48.
11. Erickson MF, Sroufe LA, Egeland B. The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1985;50(1-2):147-166.
12. Lyons-Ruth K, Easterbrooks MA, Cibelli CD. Infant attachment strategies, infant mental lag, and maternal depressive symptoms: Predictors of internalizing and externalizing problems at age 7. *Developmental Psychology* 1997;33(4):681-692.
13. Yates TM, Egeland B, Sroufe LA. Rethinking resilience: A developmental process perspective. In: Luthar SS, eds. *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood Adversities*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2003: 243-266.
14. Schore AN. The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology* 1996;8(1):59-87.

15. Main M, Goldwyn R. *Adult attachment scoring and classification system*. Berkeley, Calif: Department of Psychology, University of California at Berkeley; 1985. Unpublished manuscript.

16. Benoit D, Parker KCH. Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development* 1994;65(5):1444-1456.

17. Zeanah CH, Benoit D, Barton M, Regan C, Hirshberg L, Lipsitt L. Representations of attachment in mothers and their one-year-old infants. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1993;32(2):278-286.

18. Van IJzendoorn MH, Juffer F, Duyvesteyn MGC. Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1995;36(2):225-248.

19. Egeland B, Weinfield NS, Bosquet M, Cheng VK. Remembering, repeating, and working through: Lessons from attachment-based interventions. In: Osofsky JD, Fitzgerald HE, eds. *WAIMH handbook of infant mental health*. New York, NY: Wiley; 2000: 35-89. *Infant mental health groups at high risk*; vol 4.

20. Bakermans-Kranenburg M.J, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.

21. Mountain G, Cahill J, Thorpe H. Sensitivity and attachment interventions in early childhood: A systematic review and meta-analysis. *Infant Behavior and Development* 2017; 46:14-32.

22. Beckwith L. Intervention with disadvantaged parents of sick preterm infants. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes* 1988;51(3):242-247.

23. Van den Boom DC. The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development* 1994;65(5):1457-1477.

24. Juffer F, Hoksbergen RAC, Riksen-Walraven JM, Kohnstamm GA. Early intervention in adoptive families: Supporting maternal sensitive responsiveness, infant-mother attachment, and infant competence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1997;38(8):1039-1050.

25. Juffer F, Rosenboom LG, Hoksbergen RAC, Riksen-Walraven JMA, Kohnstamm GA. Attachment and intervention in adoptive families with and without biological children. In: Koops W, Hoeksma JB, van den Boom DC, eds. *Development of interaction and attachment: Traditional and non-traditional approaches*. Amsterdam, Netherlands: North Holland; 1997:93-108.

26. Van Zeijl J, Mesman J, Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Juffer F, Stolk MN, Koot HM, Alink LRA. Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1- to 3-year-old children at risk for externalizing behavior problems: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006;74(6):994-1005.

27. Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, Pijlman FTA, Mesman J, Juffer F. Experimental evidence for differential susceptibility: Dopamine D4 receptor polymorphism (DRD4 VNTR) moderates intervention effects on toddlers' externalizing behavior in a randomized controlled trial. *Developmental Psychology* 2008;44(1):293-300.

28. Lieberman AF, Weston DR, Pawl JH. Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Development* 1991;62(1):199-209.

29. Toth SL, Rogosch FA, Manly JT, Cicchetti D. The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: A randomized preventive trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006;74(6):1006-1016.

30. Egeland B, Erickson M. Lessons from STEEP™: Linking theory, research, and practice for the well-being of infants and parents. In: Sameroff A, McDonough S, Rosenblum K, eds. *Treating parent-nfant relationship problems*. New York, NY: Guilford Press; 2004: 213-242.

Interventions portant sur l’attachement : Commentaires sur Dozier, Egeland, et Benoit

Sheree L. Toth, Ph.D.

Mt. Hope Family Center, University of Rochester, États-Unis

Mars 2007, 2e éd.

Introduction

La théorie de l’attachement fournit une perspective puissante qui permet d’étudier la nature de la relation entre les expériences de soins et les répercussions développementales.[1,2,3] L’organisation de l’attachement chez les nourrissons et les jeunes enfants a été reliée à l’adaptation ultérieure.[4,3] Il est donc important de favoriser des liens d’attachement sécurisant entre les donneurs de soins et leur progéniture. Au cours des dix dernières années, les chercheurs ont de plus en plus dirigé leurs efforts vers la compréhension et la modification des liens d’attachement des populations psychiatriques et à haut risque.[5,6,7] Dozier, Egeland, et Benoit sont à la pointe des initiatives théoriques et de la recherche conçues pour prévenir les liens d’attachement insécurisant et promouvoir les liens d’attachement sécurisant chez les jeunes enfants. Dans ces articles, les auteurs recensent la documentation sur les interventions portant sur l’attachement et mettent en lumière les découvertes empiriques clés relatives aux effets des initiatives de prévention et d’intervention.

Recherche et conclusions

Dozier commence par recenser les façons dont le type de soins peut influencer la qualité de l’attachement des enfants. Elle continue en expliquant que le prédicteur le plus solide de l’attachement du nourrisson est l’état d’esprit des parents face à l’attachement. Elle traite aussi des variations entre les stratégies d’intervention utilisées pour améliorer la sécurité de l’attachement. Elle s’appuie sur une méta-analyse effectuée en 2003 par Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn et Juffer, dans laquelle ils concluaient que les interventions qui ciblent la sensibilité parentale et qui débutent après le sixième mois étaient plus efficaces que celles dont les objectifs sont plus généraux et qui commencent dans les premiers mois de la vie.[8] De plus, elle conclut que les interventions brèves sont au moins aussi efficaces que celles de plus longue durée.

Egeland précise qu’on a montré de façon cohérente que la sécurité de l’attachement pendant la petite enfance prédisait des aspects du développement social pendant l’enfance, l’attachement sécurisant étant relié à de meilleures répercussions développementales et l’attachement insécurisant prédisant une inadaptation socio-affective. L’auteur déclare que les liens d’attachement peuvent avoir des effets à long terme sur la trajectoire du développement biologique. Egeland est d’accord avec Dozier et conclut qu’il est primordial de concevoir et d’évaluer des programmes favorisant un lien d’attachement sécurisant entre parent et nourrisson.

Tel que Dozier, Egeland traite aussi de deux grands types de stratégies d’intervention visant à favoriser des liens d'attachement sécurisant : 1) les stratégies qui ciblent la sensibilité parentale; et 2) celles qui s’efforcent de modifier la représentation parentale des soins qu’ils ont reçus. Un principe central de la théorie de l’attachement est que les relations précoces entre les nourrissons et les donneurs de soins conduisent à la formation des représentations mentales du soi, des autres, et du soi en relation aux autres. Par conséquent, la focalisation des interventions visant à modifier ces représentations mentales ou à cibler le comportement du donneur de soins est très importante. Egeland nous met en garde contre les résultats qui soutiennent le recours à des interventions à court terme qui ciblent la modification de la sensibilité parentale. Plus particulièrement, il nous avertit que bien que ces programmes réussissent auprès d’échantillons à risque relativement faible, des interventions plus complètes et plus longues seront probablement nécessaires pour les familles à risque élevé.

L’article de Benoit est centré sur un modèle particulier d’attachement, l’attachement insécurisant de style désorganisé. Contrairement aux attachements organisés, où l’on observe des stratégies cohérentes dans l’établissement de rapports avec le donneur de soins dans des moments de stress, l’attachement désorganisé n’est caractérisé par aucune de ces stratégies cohérentes. Les chercheurs ont identifié que l’attachement désorganisé était particulièrement significatif parce qu’il entraînait des risques d’inadaptation socio-affective et de psychopathologie pour les jeunes. Benoit précise que bien que la sensibilité du donneur de soins ait été reliée aux modèles d’attachement organisé, on n’a pas démontré qu’elle avait un rapport avec l’attachement désorganisé. Benoit traite du fait que dans une analyse de 15 études extraites de leur méta-analyse effectuée en 2003, Bakermans-Kranenburg et ses collègues ont conclut que les interventions visant l’attachement et portant sur la prévention ou la réduction de l’attachement désorganisé devraient peut-être cibler la diminution des comportements atypiques

des donneurs de soins.[8] Plus particulièrement, le comportement effrayé ou effrayant du donneur de soins est impliqué dans l'étiologie de l'attachement désorganisé.

Implications pour le développement et les politiques

Ces trois articles soutiennent l'importance de prévenir les liens d'attachement insécurisant et de favoriser les liens sécurisants entre les jeunes enfants et les personnes qui prennent soin d'eux. Au cours des dernières décennies, les données sur l'importance d'établir un attachement sécurisant pour un développement ultérieur adapté ont augmenté. De plus en plus, les programmes de prévention et d'intervention ont ciblé la sécurité de l'attachement comme indicateur d'efficacité. Bien que certaines données suggèrent que des interventions à court terme ciblant la sensibilité parentale soient efficaces et peut-être supérieures aux approches à long terme qui tentent de modifier l'état d'esprit des parents en ce qui a trait à l'attachement, cette controverse est loin d'être résolue. En réalité, il est extrêmement prématuré de conclure qu'une approche est préférable à l'autre. Comme nous prévient Egeland, les approches comportementales à court terme peuvent être efficaces avec des groupes de nourrissons et de mères à risque plus faible, mais nous ne disposons pas encore de données montrant qu'elles sont aussi efficaces, ou tout simplement efficaces, au sein des populations à risque plus élevé.

En fait, les études récemment effectuées au Mt. Hope Family Center apportent des données irréfutables indiquant que les interventions préventives qui ciblent les représentations maternelles des relations sont très efficaces pour promouvoir l'attachement sécurisant. Dans la première étude, les jeunes enfants des mères ayant vécu un trouble dépressif majeur depuis la naissance de leur enfant ont été aléatoirement assignés à une intervention portant sur la théorie de l'attachement ou à une intervention communautaire standard. Un groupe de mères non dépressives a servi de groupe témoin normatif. Bien qu'à la base, les jeunes enfants de mères dépressives démontraient des taux d'insécurité plus élevés que ceux dont les mères n'étaient pas dépressives, à la fin de l'intervention, le groupe qui avait reçu l'intervention portant sur la théorie de l'attachement présentait des taux de sécurité significativement plus élevés que celui qui avaient reçu l'intervention communautaire standard.

Il est important de noter que les taux de sécurité des dyades mère-enfant qui avaient reçu l'intervention portant sur la théorie de l'attachement n'étaient pas différents de ceux de dyades dont les mères n'étaient pas déprimées.[5] Dans le cas des jeunes enfants ayant participé à l'intervention sur l'attachement, on a trouvé un plus grand maintien de l'organisation de

l’attachement sécurisant chez ceux qui étaient sécurisés à l’origine, ainsi qu’un plus grand changement allant de l’attachement insécurisant à l’attachement sécurisant. Les chercheurs ont obtenu des résultats aussi irréfutables avec les nourrissons maltraités, là où les taux de base d’insécurité étaient supérieurs à 90 % et où la sécurité de l’attachement post intervention ne différait pas de celle des nourrissons qui n’étaient pas maltraités.

Les nourrissons maltraités aléatoirement assignés à l’intervention communautaire standard ont continué à manifester des taux extrêmement élevés d’attachement insécurisant cohérents avec les données de base.[9] Il est intéressant de constater que dans cette dernière intervention préventive, l’intervention didactique plus centrée sur le comportement réussissait autant à favoriser l’attachement sécurisant que celle centrée sur les représentations maternelles. En revanche, lors de l’évaluation d’une intervention préventive visant les enfants d’âge préscolaire maltraités, c’est uniquement l’intervention ciblant les représentations maternelles qui a réussi à améliorer les représentations que l’enfant avait du soi et du donneur de soins.[10] Ainsi, le problème de la stratégie d’intervention préférable semble loin d’être résolu et on doit faire preuve de prudence avant de cesser prématurément de s’en occuper.

Plusieurs autres questions importantes doivent être prises en compte avant de conclure définitivement sur les meilleures façons de promouvoir l’organisation de l’attachement sécurisant.

Premièrement, la durabilité des effets de l’intervention n’est pas claire, et on ne sait pas non plus si cette durabilité varie en fonction de la durée et de l’intensité de l’intervention. Deuxièmement, peu ou pas de recherches ont tenté d’élucider les médiateurs du résultat de l’intervention. C’est-à-dire que bien que nous puissions savoir qu’une intervention a été efficace, nous en savons moins sur les mécanismes qui peuvent contribuer à son efficacité. Une telle connaissance nous aiderait considérablement à identifier les aspects critiques d’une intervention et à éliminer ceux qui peuvent être coûteux, mais qui n’ajouteraient rien à sa valeur globale. Enfin, la majeure partie des évaluations a impliqué des essais bien contrôlés sur l’efficacité. Ces essais utilisent des critères d’inclusion et d’exclusion et sont effectués par des cliniciens bien formés et supervisés et suivent aussi la fidélité de l’intervention. Bien que de tels essais cliniques aléatoires soient nécessaires pour établir une base de connaissances, nous devons aussi travailler à exporter ces méthodes cliniques dans le monde réel et continuer à évaluer leur efficacité. C’est seulement ainsi que nous saurons vraiment comment favoriser l’attachement sécurisant et que nous connaîtrons les approches les plus efficaces pour une population donnée.

Références

1. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1978.
2. Main M, Kaplan N, Cassidy JC. Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1985;50(1-2):66-104.
3. Sroufe LA. Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaptation and competence. *Minnesota symposia on child psychology* 1983;16:41-83.
4. Elicker J, Englund M, Sroufe LA. Predicting peer competence and peer relationships in childhood from early parent-child relationships. In: Parke RD, Ladd GW, eds. *Family-peer relationships: Modes of linkage*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates; 1992:77-106.
5. Cicchetti D, Toth SL, Rogosch FA. The efficacy of toddler-parent psychotherapy to increase attachment security in offspring of depressed mothers. *Attachment and Human Development* 1999;1(1):34-66.
6. Lieberman AF, Pawl JH. Disorders of attachment and secure base behavior in the second year of life: Conceptual issues and clinical intervention. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, eds. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1990:375-397.
7. Van Ijzendoorn MH, Juffer F, Duyvesteyn MGC. Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1995;36(2):225-248.
8. Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.
9. Cicchetti D, Toth SL, Rogosch FA. The efficacy of interventions for maltreated infants in fostering secure attachment. En préparation.
10. Toth SL, Maughan A, Manly JT, Spagnola M, Cicchetti D. The relative efficacy of two interventions in altering maltreated preschool children's representational models: Implications for attachment theory. *Development and Psychopathology* 2002;14(4):877-908.

Soutenir les familles pour former des liens d’attachement sécurisant : commentaires sur Benoit, Dozier et Egeland

Femmie Juffer, Ph.D., Marian J. Bakermans-Kranenburg, Ph.D., & Marinus H. van IJzendoorn, Ph.D.

Centre for Child & Family Studies, Leiden University, Pays-Bas

Mars 2007, 2e éd.

Introduction

Depuis que Bowlby et Ainsworth ont formulé la théorie de l’attachement,[1,2] plusieurs programmes d’intervention visant à favoriser des liens d’attachement sécurisant entre les parents et l'enfant ont été lancés. Généralement, ces programmes sont conçus pour améliorer la sensibilité des parents, soit la capacité à percevoir correctement les signaux d’attachement de l’enfant et celle d’y réagir rapidement et adéquatement.[2] L’objectif ultime de ces interventions est de transformer les liens d’attachement enfant-parent insécurisant-évitant (A) et insécurisant-résistant (C) en liens sécurisants (B).[2] Dans quelques programmes, l’intervention n’est pas seulement axée sur la sensibilité du comportement des parents, mais aussi sur les représentations mentales de l’attachement chez la mère, comme dans le programme STEEP (*Steps Toward Effective Enjoyable Parenting*) décrit par Egeland. Selon Benoit, la découverte d’une nouvelle catégorie d’attachement insécurisant, l’attachement désorganisé (D),[3] entraîne de nouveaux défis pour les interventions portant sur l’attachement.

Étant donné l’impact négatif de l’attachement désorganisé sur le développement de l'enfant, les interventions portant sur l’attachement ne devraient pas se centrer, ou pas uniquement, sur les déterminants empiriquement dérivés de l’attachement *organisé* (A, B, C), comme les représentations mentales de l’attachement sécurisant ou insécurisant des parents ou le comportement sensible (voir Dozier), mais aussi sur les déterminants de l’attachement *désorganisé* (D). Les résultats d’études empiriques ont permis d’appuyer le modèle de Main et Hesse[4] selon lequel les pertes ou les traumatismes non résolus des parents sont liés à l’attachement insécurisant-désorganisé chez les enfants à cause des comportements effrayés ou effrayants des parents. Cependant, on n’a pas encore rapporté de résultats pour les interventions qui ciblaient directement les comportements effrayants. À la première étape, il est important

d’évaluer les effets des interventions portant sur l’attachement qui incluent la désorganisation de l’attachement des nourrissons comme mesure de résultat (voir plus bas), mais à l’étape suivante, on devrait évaluer les interventions spécifiquement conçues pour prévenir l’attachement insécurisant désorganisé.

Recherches et conclusions

Egeland résume élégamment les grands principes de la théorie de l’attachement. Selon Bowlby,[1] les nourrissons sont biologiquement prédisposés à utiliser leur parent comme un havre de sécurité pouvant leur procurer du réconfort et de la protection quand ils sont en détresse, et qui représente une base sécurisante à partir de laquelle ils peuvent explorer leur environnement. En grandissant, les enfants forment des représentations mentales ou des modèles opérants internes en se basant sur leurs expériences avec les donneurs de soins. S’ils ont vécu des expériences positives avec des parents sensibles, ils continueront à compter sur eux en montrant leur détresse, et le contact avec eux les calmera (ce que Ainsworth[2] définit comme des modèles d’attachement sécurisant). En revanche, les parents insensibles rejettent les demandes de réconfort de leurs enfants, et d’autres parents ne sont pas disponibles de façon constante. Les enfants de ces parents forment des liens d’attachement insécurisant, soit en évitant le parent ou en lui résistant passivement ou avec colère. Les attachements sécurisants pendant la petite enfance prédisent un développement plus optimal plus tard dans l’enfance (par exemple, la compétence sociale), alors que les attachements insécurisants prédisent des résultats moins optimaux.

En se basant sur les nombreux résultats positifs de l’attachement sécurisant découverts dans des études empiriques, Egeland conclut clairement que les programmes devraient être conçus et évalués afin de promouvoir des liens d’attachement sécurisant et d’améliorer le développement des enfants à risque de problèmes développementaux. Il recense plusieurs interventions portant sur l’attachement (par exemple, le projet complet STEEP) et décrit aussi une première méta-analyse dans ce domaine.[5] Cette méta-analyse des effets de 12 interventions sur l’attachement portant sur la sensibilité maternelle et la sécurité de l'enfant montre que ces interventions réussissent mieux à modifier l’insensibilité des parents que la sécurité de l’attachement des enfants.[5]

Egeland ne traite pas du suivi de cette première méta-analyse sur la sensibilité des parents et l’attachement, et ne couvre pas non plus la façon de prévenir les attachements insécurisants

désorganisés. Récemment, une méta-analyse quantitative soigneusement étendue et mise à jour a inclus 88 interventions portant sur la sensibilité maternelle et la sécurité de l'enfant et répertoriées dans 70 études.[6] Cette méta-analyse a permis de montrer que les interventions spécifiquement axées sur la promotion de la sensibilité du comportement des parents semblaient plutôt efficaces pour modifier l'insensibilité du parentage ainsi que l'insécurité de l'attachement du nourrisson. Une des conclusions de cette série de méta-analyses, aussi illustrée par le titre de l'article "Less is more" (*Moins, c'est mieux*), était que les interventions comportant un nombre modeste de séances (jusqu'à 16) semblaient plus efficaces que celles qui en avaient un plus grand nombre. Cela s'est révélé vrai autant pour les groupes cliniques que non cliniques.[6]

Ceci diverge de la conclusion d'Egeland selon laquelle des interventions plus complètes et à plus long terme sont nécessaires pour les familles à risque élevé. Bien que cela puisse être vrai pour d'autres objectifs d'intervention, comme aider les mères à risque élevé à faire face à l'adversité ou aux tracas quotidiens entourant la naissance d'un enfant, une récente méta-analyse montre qu'en ce qui a trait à la sensibilité et à l'attachement, le moyen le plus efficace est de fournir des interventions portant sur l'attachement qui consistent en un petit nombre de séances centrées sur la sensibilité.

Dozier élabore sur l'état d'esprit des parents comme un des prédicteurs les plus solides de l'attachement de l'enfant. L'état d'esprit des parents capables de réfléchir à leurs propres expériences d'enfance de façon cohérente est qualifié d'autonome. Quand ils ne sont pas cohérents lorsqu'ils évoquent leurs propres expériences d'attachement, on parle d'état d'esprit non autonome. Ici, les travaux de Main se font remarquer : l'entrevue sur l'attachement de l'adulte[7] permet aux codeurs de distinguer la fiabilité chez les parents ayant des états d'esprit insécurisants (rejet, préoccupation, non résolu) et chez ceux dont les représentations de l'attachement sont sécurisantes (autonomes). Plusieurs études empiriques ainsi qu'une méta-analyse[8] ont permis de découvrir que les parents insécurisants avaient généralement des nourrissons dont l'attachement était insécurisant et que les parents sécurisants avaient des enfants qui avaient tendance à être sécurisés. Dozier remarque que certaines interventions portant sur l'attachement sont conçues pour cibler l'état d'esprit des parents afin de modifier l'attachement du nourrisson, bien que plusieurs autres interventions tentent de changer uniquement la sensibilité parentale.

Dozier cite la récente méta-analyse d'interventions portant sur l'attachement effectuée par Bakermans-Kranenburg et collègues,[6] et en résume les principaux résultats : les interventions

brèves axées sur la sensibilité et débutant après les six mois de l'enfant sont les plus efficaces, indépendamment du statut de risque ou de la condition socio-économique des parents. Elle n'aborde pas explicitement l'attachement désorganisé ni ses implications pour la recherche sur l'intervention.

Contrairement aux deux premiers auteurs, Benoit décrit explicitement le défi que pose la découverte de l'attachement insécurisant-désorganisé pour le domaine des interventions portant sur l'attachement. Au début de son article, elle remarque que parmi les quatre modèles d'attachement du nourrisson (sécurisant, évitant, résistant, désorganisé), la catégorie désorganisée pendant l'enfance a été identifiée comme un risque puissant de psychopathologie ultérieure. De plus, elle observe que dans le cas de l'attachement désorganisé, l'intervention ne devrait pas se centrer sur la sensibilité des parents puisqu'elle remarque que la sensibilité n'est pas liée à l'attachement désorganisé. Néanmoins, une méta-analyse a permis de montrer que les interventions centrées sur la sensibilité réussissaient à réduire ou à prévenir la désorganisation de l'attachement[9] (voir plus bas). Nous avons remarqué que cette découverte pouvait être expliquée par le fait que les parents deviennent plus centrés lors de leur interaction avec l'enfant et donc moins enclins aux processus dissociatifs en sa présence. . Selon Benoit, une des trajectoires récemment identifiée et conduisant vers l'attachement désorganisé est l'exposition des enfants à des formes spécifiques de comportements aberrants chez les donneurs de soins, que l'on qualifie d'atypiques.

Par conséquent, Benoit conclut que les interventions portant sur l'attachement devraient se centrer à la fois sur l'amélioration de la sensibilité des parents (pour promouvoir un attachement sécurisant) et sur la réduction et l'élimination des comportements atypiques des parents (pour prévenir ou diminuer l'attachement désorganisé). L'étude de Benoit, qui a démontré les effets d'une intervention centrée, brève, et portant sur la formation comportementale des parents pour réduire les comportements atypiques des donneurs de soins, est un premier exemple d'étude indispensable visant à réduire les comportements effrayants/effrayés ou atypiques des parents. Il serait enthousiasmant de savoir si ce type d'intervention a effectivement réussi à prévenir ou à réduire l'attachement désorganisé.

Implications pour la pratique clinique et pour les services

Que pouvons-nous conclure sur les interventions portant sur l'attachement et sur l'état des connaissances de la recherche sur l'intervention? En se basant sur deux méta-analyses[5,6]

effectuées en 1995 et 2003, on peut tirer plusieurs conclusions pour la pratique clinique. Des données empiriques indiquent que les interventions peuvent réussir à améliorer la sensibilité des parents et à promouvoir un attachement sécurisant chez les enfants, surtout quand l'intervention est relativement courte (jusqu'à 16 séances), orientée sur le comportement, centrée uniquement sur la sensibilité (plutôt que des interventions plus larges incluant du soutien social, etc.), et commence après les six mois du nourrisson. Cependant, le soutien à long terme et portant sur des aspects variés des familles à problèmes multiples et visant à les aider à faire face à leurs tracas quotidiens peut être nécessaire afin de les habiliter à se centrer sur la sensibilité par la suite.[6] La méta-analyse de 2003 a aussi trouvé une relation dose-réponse notable entre le succès de l'intervention sur la sensibilité des parents et son impact sur la sécurité de l'attachement des enfants : seules les interventions ayant eu des répercussions substantielles sur la sensibilité ont réussi à changer l'insécurité de l'attachement.[6]

Les deux méta-analyses incluaient des interventions visant à modifier les liens d'attachement insécurisant *organisé* : soit les liens insécurisants-évitants et insécurisants-résistants, mais pas la catégorie clinique importante de l'attachement insécurisant *désorganisé*. À ce jour, peu d'interventions sont spécifiquement conçues pour prévenir la désorganisation de l'attachement. Dans la même veine, la plupart des interventions portant sur l'attachement ne rapportent pas d'effets sur l'attachement désorganisé. Ceci constitue une sérieuse lacune dans nos connaissances pour deux raisons : 1) La recherche récente a montré que l'attachement désorganisé était un prédicteur de la psychopathologie, alors que l'attachement insécurisant-évitant et résistant menait à une adaptation moins optimale mais non pathologique chez l'enfant.[10] Il est donc impératif d'évaluer les interventions portant sur l'attachement d'après leur valeur potentielle de prévention de la désorganisation de l'attachement. 2) Étant donné que même les enfants sécurisés sont considérés insécurisés quand leur comportement d'attachement comporte de graves signes de désorganisation, il est très pertinent que les interventions rapportent non seulement les effets sur l'attachement sécurisant, mais aussi ceux sur l'attachement désorganisé.

Récemment, une recension narrative et une méta-analyse quantitative ont été complétées afin d'inclure 15 interventions préventives où l'attachement désorganisé du nourrisson était considéré comme une mesure de résultat.[9] Bien que l'effet général de toutes les interventions combinées n'ait pas été significatif, certaines ont réussi à prévenir l'attachement désorganisé chez les enfants. Ces interventions avaient toutes les caractéristiques suivantes : elles débutaient après l'âge de six mois plutôt qu'avant; elles étaient centrées sur la sensibilité; et elles incluaient

des échantillons d’enfants à risque plutôt que des parents à risque.[9]

Par exemple, une intervention préventive chez des familles qui avaient adopté des enfants à l’étranger a significativement augmenté la sensibilité maternelle et significativement réduit l’attachement désorganisé : dans le groupe d’intervention, il y avait seulement 6 % d’enfants dont l’attachement était désorganisé comparé à 22 % dans le groupe témoin.[11] Cette étude a utilisé une intervention brève de trois séances à domicile qui consistait en une rétroaction par vidéo, centrée sur la sensibilité des parents, et qui commençait quand l'enfant atteignait l’âge de six mois. En se basant sur les résultats positifs de cette étude, la pratique de l’adoption a changé aux Pays-Bas. Les nouveaux parents adoptifs peuvent demander un nouveau service après l’adoption : jusqu’à quatre séances de rétroaction par vidéo, mis en place par une organisation qui centralise les services d’adoption, financé par le gouvernement. De plus en plus de parents adoptifs utilisent ce nouveau service. L’intervention de rétroaction par vidéo utilisée dans les familles adoptives[11] a été étendue et adaptée pour le programme *Leiden VIPP* (*Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting*).[12,13] Ce programme, ainsi que plusieurs adaptations et extensions ont été utilisés dans plusieurs contextes et cultures, par exemple avec des mères qui souffrent d’insécurité ou de troubles de l’alimentation, avec des familles ayant des nourrissons prématurés et malades ou des jeunes enfants externalisés, et dans les services de garde.[14]

Les études futures devraient aussi se centrer sur l’évaluation des interventions explicitement orientées sur le comportement effrayé ou effrayant des parents comme déterminant dérivé de l’attachement désorganisé du nourrisson. Comme les méta-analyses sur l’attachement organisé et désorganisé indiquent toutes l’importance du rôle de la sensibilité des parents, il serait avisé d’inclure l’amélioration de cette sensibilité dans toutes les interventions portant sur l’attachement.

Références

1. Bowlby J. *Attachment*. New York, NY: Basic Books; 1982. *Attachment and loss*. 2nd ed; vol 1.
2. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1978.
3. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, eds. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1990:121-160.
4. Main M, Hesse E. Parents’ unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: Greenberg MT, Cichetti D, Cummings E, eds. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1990:161-182.

5. Van IJzendoorn MH, Juffer F, Duyvesteyn MGC. Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry 1995;36(2)*:225-248.

6. Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin 2003;129(2):*195-215.

7. Main M, Goldwyn R. *Adult attachment rating and classification system.*Berkeley, Calif: University of California. Manuscript non publié.

8. Van IJzendoorn MH. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin* 1995;117(3):387-403.

9. Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, Juffer F. Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*. Sous presse.

10. Solomon J, George C. The place of disorganization in attachment theory: Linking classic observations with contemporary findings. In: Solomon J, George C, eds. *Attachment disorganization.* New York, NY: Guilford Press; 1999:3-32.

11. Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH. The importance of parenting in the development of disorganized attachment: evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005;46(3):263-274.

12. Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH. Enhancing children’s socioemotional development: A review of intervention studies. In: Teti DM, ed. *Handbook of Research Methods in Developmental Science*. Oxford, United Kingdom: Blackwell Publishers; 2004:213-232.

13. Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH. Introduction and outline of the VIPP and VIPP-R program. In: Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, eds. *Attachment-based intervention with video-feedback and biographical discussion: The Leiden VIPP and VIPP-R program*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum. Sous presse.

14. Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, eds. *Attachment-based intervention with video-feedback and biographical discussion: The Leiden VIPP and VIPP-R program*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum. Sous presse.

L’entrée précoce en garderie et le lien d’attachement sécurisant entre la mère et son nourrisson

Jay Belsky, Ph.D.

Professeur titulaire de la chaire Robert M. et Natalie Reid Dorn, Human Development & Family Studies, University of California, Davis, États-Unis

Mai 2020, Éd. rév.

Introduction

Depuis longtemps, parents, décideurs et universitaires spécialistes du développement cherchent à savoir si les services de garde non maternels ont des répercussions sur le développement de l’enfant et, le cas échéant, à en connaître la nature. Les idées générées par la théorie de Bowlby[1] sur l’attachement ont amené beaucoup de personnes à présumer que l’entrée en garderie, surtout lorsqu’elle se produit au cours des premières années de vie, mine la relation d’attachement sécurisant entre le nourrisson et le parent, ce qui, selon certains, s’explique par le fait que l’entrée en garderie implique une séparation entre le nourrisson et sa mère (ou son principal donneur de soins) et que cette séparation de la figure d’attachement est fondamentalement stressante. Cette séparation pourrait également diminuer la capacité de la mère à donner des soins attentionnés à son bébé –principal déterminant de l’attachement sécurisant –, ce qui causerait indirectement un sentiment d’insécurité (c’est-à-dire, séparation-insensibilité-insécurité). Finalement, puisque le sentiment de sécurité se traduit par un bien-être affectif général, l’entrée en garderie au cours de la petite enfance entraînerait nécessairement un attachement non sécurisant.

Contexte

Les premières recherches sur le lien entre les services de garde et l’attachement, souvent menées auprès d’enfants âgés de 3 à 5 ans, n’ont fourni aucune donnée probante soutenant l’hypothèse selon laquelle l’entrée en garderie nuirait au sentiment de sécurité.[2] Cependant, au milieu des années 1980, des études effectuées auprès d’enfants beaucoup plus jeunes ont permis de démontrer les premiers liens entre les services de garde et le sentiment d’insécurité grâce à la Procédure de la situation étrange (PSE) (par exemple, dans Barglow, Vaughn et Molitar[3]). Ces

résultats ont amené Belsky[4,5,6] à conclure que la fréquentation d'un service de garde, surtout à temps plein ou presque au cours de la première année de l'enfant,[7] constitue un « facteur de risque » de développer un attachement non sécurisant pendant la petite enfance (et une tendance à l'agressivité et à la désobéissance entre l'âge de 3 et 8 ans).

Cette conclusion n'a toutefois pas fait l'unanimité. En effet, certains ont avancé que l'influence apparente d'une expérience précoce et intensive des services de garde sur le sentiment d'insécurité était attribuable à d'autres facteurs (par exemple, le revenu familial) dont les recherches existantes n'ont pas tenu compte comme il convient.[8] D'autres ont affirmé que c'était la piètre qualité des services (non mesurée) – et non l'intensité de la fréquentation ni le moment de l'entrée en garderie – qui avait le plus d'influence.[9] Enfin, certains ont soutenu que les comportements d'autonomie présentés en garderie par des enfants qui ne semblaient pas particulièrement stressés par la PSE – étant déjà habitués à la séparation – avaient été mal interprétés et perçus à tort comme de l'évitement, d'où des évaluations erronées de certains enfants jugés comme montrant un attachement insécurisant de style évitant.[10]

Questions pour la recherche

Tous ont toutefois convenu qu'il fallait mener des recherches additionnelles pour mettre en lumière quelles sont les conditions qui font en sorte que l'attachement sécurisant se trouve miné ou renforcé par une entrée précoce en garderie. Il est particulièrement important : (a) de prendre en compte les variables confusionnelles propres au contexte familial, parental et infantile qui pourraient être les causes véritables d'effets imputés aux services de garde; (b) de distinguer et de démêler les répercussions possibles de certains aspects particuliers de l'expérience en garderie, notamment la qualité des services, l'intensité de la fréquentation ainsi que les types de services (par exemple, en établissements ou en milieu familial); et (c) de déterminer si l'expérience en garderie a été associée à une détresse de séparation peu marquée au moment de la PSE ou si l'autonomie de l'enfant a été perçue à tort comme un comportement évitant.

Recherche récente

Entreprise en 1991 aux États-Unis, la NICHD Study of Early Child Care and Youth Development (SECCYD) avait pour but d'aborder ces questions et de nombreuses autres.[11] Dans le cadre de cette étude, plus de 1 300 enfants ont été suivis dès la naissance, durant tout le primaire[12] et

jusqu'à l'adolescence.[13] Ils ont également subi des évaluations fondées sur la PSE à 15 et à 36 mois.

Une fois qu'une vaste gamme de variables potentiellement confusionnelles propres au contexte eurent été prises en compte, les résultats se sont avérés éminemment conformes à la conclusion sur les facteurs de risque,[14] et ce, bien que de nombreux auteurs aient soutenu l'hypothèse contraire.[15,16] On insiste généralement sur le fait qu'aucun aspect particulier de l'expérience en garderie – ni l'intensité de la fréquentation, ni le type de services ou leur qualité – ne détermine *en soi* l'attachement sécurisant, ce qui pourrait laisser entendre que les services de garde n'influent aucunement sur l'attachement sécurisant. Or, les résultats obtenus ont révélé l'existence d'un « double risque ».[17] Bien que la principale cause du sentiment d'insécurité chez les enfants de 15 mois ait été, tel que prévu, le manque de soins attentionnés de la part de la mère (chez les bébés de 6 et 15 mois), les résultats ont indiqué que ce sentiment d'insécurité était *amplifié* chez les enfants dont l'expérience en garderie vécue au cours des 15 premiers mois de la vie présentait l'une ou l'autre des trois caractéristiques suivantes : (a) plus de 10 heures par semaine en moyenne passées en service de garde, sans égard au type de services ni à leur qualité; (b) le recours à plus d'un fournisseur de services de garde; et (c) l'exposition à des services de qualité médiocre. Les deux premiers facteurs aggravants s'appliquaient à la plupart des participants à l'étude. Cependant, seul le premier facteur, soit l'intensité de la fréquentation d'un service de garde, contribuait aussi à prédire un attachement non sécurisant chez les enfants de 36 mois,[18] toujours en combinaison avec le manque de soins attentionnés de la part de la mère. Tout aussi importante était la preuve que les nourrissons ayant une expérience étendue des services de garde (a) étaient aussi stressés au moment de la PSE que les autres bébés (voir aussi[19]) et que (b) les indices présumés d'autonomie n'étaient pas perçus à tort comme des comportements évitants.[14]

Plus récemment, Hazen et ses collaborateurs ont notamment réexaminé la question relative à l'intensité de la fréquentation d'un service de garde en exploitant les données de l'étude SECCYD menée par le NICHD, en s'intéressant cette fois plus particulièrement à l'attachement désorganisé.[20] Les résultats ont dévoilé qu'à partir de l'âge de 6 mois, à mesure de l'augmentation des heures de services de garde de 40 à 60 heures par semaine, les risques d'attachement désorganisé ont augmenté, pour adopter une croissance exponentielle à partir de 60 heures par semaine. Ces résultats ont été obtenus par des contrôles statistiques axés sur la qualité des services, le revenu familial et le tempérament du nourrisson. Il est important de

souligner qu'une étude distincte, de moindre envergure et conduite à Austin, au Texas (n = 125), a abouti à des résultats similaires.

Deux autres enquêtes menées auprès d'échantillons relativement vastes ont donné des résultats qui vont à l'encontre de ceux obtenus par l'étude américaine. L'une de ces enquêtes, effectuée par Sagi et ses associés[21] auprès de plus de 700 enfants israéliens en bas âge, a révélé que « les nourrissons fréquentant une garderie en établissement sont plus susceptibles de présenter un attachement non sécurisant à l'égard de la figure maternelle que ceux qui reçoivent les soins de leur mère, d'un autre membre de la famille, d'un donneur de soins rémunéré ou qui sont placés dans une garderie en milieu familial. » Cependant, des résultats additionnels ont suggéré que « la fréquence élevée des modèles d'attachement non sécurisant chez les nourrissons placés en établissements serait attribuable à la médiocrité des services offerts et au grand nombre d'enfants confiés à chaque donneur de soins » (voir aussi [16]). Une deuxième étude, menée en Australie par Harrison et Unger[22] auprès de 145 nourrissons premiers-nés, portait plutôt sur l'activité professionnelle de la mère que sur les caractéristiques des services de garde. Selon cette étude, les nourrissons dont la mère retourne au travail dans les cinq mois suivant la naissance et qui, par conséquent, vivent très tôt l'expérience des services de garde, risquent moins d'éprouver un sentiment d'insécurité à l'âge de 12 mois que ceux dont la mère retourne au travail plus tard au cours de la première année ou après. Il importe de noter que les mères australiennes étaient plus susceptibles que leurs homologues américaines et israéliennes d'occuper un emploi à temps partiel plutôt qu'à temps plein.

Le travail le plus récent portant sur un sujet qui semblerait être aujourd'hui moins essentiel en sciences du développement, à savoir les effets des services de garde sur l'attachement, est peut-être celui effectué au Chili par Carcamo, Vermeer, vand der Veer et van IJzendoorn. Cette étude a été conduite sur un petit échantillon composé de 95 nourrissons âgés de moins de 12 mois, appartenant au groupe ethnique Mapuche à bas revenu, dont 36 ont été inscrits à un service de garde à temps plein après les premières mesures effectuées à l'âge de 6 mois. Les deuxièmes mesures, d'ordre observationnel, réalisées au moyen de l'échelle Attachment During Stress (attachement pendant le stress), alors que les nourrissons étaient âgés de 15 mois, représentaient une évaluation des changements au niveau de l'attachement et ont abouti à une corrélation acceptable avec les classifications de la Procédure de la situation étrange.[23] Des études ont démontré que, conformément aux attentes, la fréquentation des services de garde était associée à une hausse de l'attachement sécurisant au fil du temps.

Lacunes de la recherche

Il demeure difficile de savoir pourquoi les résultats varient selon le lieu géographique. Ces variations pourraient bien être attribuables à la façon dont chaque pays gère l'ensemble de ses services de garde. Il faudrait donc étendre davantage la portée des études menées dans ce domaine à plusieurs pays.

Le caractère des enfants, et peut-être plus particulièrement leur bagage génétique, méritent également d'être considéré davantage. Après tout, un nombre encore plus important de preuves indiquent que la sensibilité aux influences du milieu,[24,25,26] y compris les services de garde,[27] varie substantiellement d'un enfant à l'autre, certains étant plus malléables que d'autres sur le plan du développement.

Conclusions

Après des décennies de débats et d'analyses, les conclusions tirées des plus grandes études portant sur les services de garde et l'attachement réfutent de façon très convaincante toute assertion selon laquelle « la relation entre les services de garde et l'attachement serait inexistante. » Également réfutées sont les allégations voulant que la PSE ne convienne pas, sur le plan méthodologique, à l'évaluation des effets des services de garde, ou que, du moins aux États-Unis, les conséquences néfastes des services de garde découlent simplement de la médiocrité des services offerts. Néanmoins, le fait que trois études à grande échelle menées à des endroits distincts aient entraîné des résultats très différents montre clairement qu'il n'existe aucun effet des services de garde sur l'attachement qui soit inévitable. Les effets semblent tributaires du contexte sociétal au sein duquel est vécue l'expérience des services de garde.

Implications

Comme les effets des services de garde sur l'attachement sécurisant varient considérablement d'un pays à l'autre, il est hasardeux de tirer des conclusions fermes de la théorie sur l'attachement à cet égard. En fin de compte, les services de garde comportent de multiples facettes et il faut se garder de répondre à des questions trop simplistes, comme celles de savoir, par exemple, « si les services de garde sont bénéfiques ou non pour les nourrissons ou les jeunes enfants. » Il importe d'établir une distinction entre la qualité des services, le type de services, l'intensité de la fréquentation et le moment de l'entrée en garderie. En outre, les effets de ces facteurs varient en fonction du contexte familial, communautaire, sociétal et culturel beaucoup

plus vaste dans lequel s’inscrivent les services de garde. Toute évaluation des effets des services de garde doit nécessairement englober des considérations humaines et tenir compte non seulement de ce que souhaitent les mères, les pères, les décideurs et la société dans son ensemble, mais aussi de ce que veulent les enfants.

Références

1. Bowlby J. *Attachment and Loss*. New York, NY: Basic Books; 1969. Attachment. Vol 1.
2. Belsky J, Steinberg L. The effects of day care: A critical review. *Child Development* 1978;49(4):929-949.
3. Barglow P, Vaughn B, Molitor N. Effects of maternal absence due to employment on the quality of infant-mother attachment in a low risk sample. *Child Development* 1987;58(4):945-954.
4. Belsky J. Infant day care: A cause for concern? *Zero to Three* 1986;6(4):1-7.
5. Belsky J. The “effects” of infant day care reconsidered. *Early Childhood Research Quarterly* 1988;3(3):235-272.
6. Belsky J. Emanuel Miller Lecture: Developmental risks (still) associated with early child care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2001;42(7):845-859.
7. Belsky J, Rovine M. Nonmaternal care in the first year of life and the security of infant-parent attachment. *Child Development* 1988;59(1):157-167.
8. Scarr S, Phillips D, McCartney K. Facts, fantasies, and the future of child care in the United States. *Psychological Science* 1990;1(1):26-35.
9. Phillips D, McCartney K, Scarr S, Howes C. Selective review of infant day care research: A cause for concern. *Zeroto Three* 1987;7:18-21.
10. Clarke-Stewart KA. Infant day care: Maligned or malignant? *American Psychologist* 1989;44(2):266-273.
11. NICHD Early Child Care Research Network, ed. *Child Care and Child Development: Results of the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development*. New York, NY: Guilford Press; 2005.
12. Belsky J, Vandell D, Burchinal M, Clarke-Stewart KA, McCartney K, Owen MT and The NICHD Early Child Care Research Network. Are There Long-term Effects of Early Child Care? *Child Development* 2007;78(2):681-701.
13. Vandell DL, Belsky J, Burchinal M, Steinberg L, Vandergrift N, the NICHD Early Child Care Research Network. Do Effects of Early Child Care Extend to Age 15 Years?*Child Development*. In press.
14. NICHD Early Child Care Research Network The effects of infant child care on infant-mother attachment security: Results of the NICHD Study of Early Child Care. *Child Development* 1997;68(5):860-879.
15. Allhusen VD, Clarke-Stewart KA, Miner JL. Childcare in the United States: Characteristics and consequences. In: Melhuish E, Petrogiannis K, eds. *Early Childhood Care and Education: International Perspectives*. London, UK: Routledge; 2008:7-26.
16. Love M, Harrison L, Sagi-Schwartz A, van Ijzendoorn MH, Ross C, Ungerer JA, Raikes H, Brady-Smith C, Boller K, Brooks-Gun JC, Jill K, Ellen E, Paulsell D, Chazen-Cohen R.Child Care Quality Matters: How Conclusions May Vary with Context. *Child Development 2003;*74(4):1021-1033[JL1] .
17. NICHD Early Child Care Research Network The effects of infant child care on infant-mother attachment security: Results of the NICHD Study of Early Child Care. *Child Development* 1997;68(5):876.
18. NICHD Early Child Care Research Network. Child care and family predictors of preschool attachment and stability from infancy. *Developmental Psychology* 2001;37(6):847-862.

19. Belsky J, Braungart J. Are insecure-avoidant infants with extensive day-care experience less stressed by and more independent in the strange situation? *Child Development* 1991;62(3):567-571.

20. Hazen NL, Allen SD, Christopher CH, Umenmura T, Jacobvitz DB. Very extensive nonmaternal care predicts mother-infant attachment disorganization: Convergent evidence from two samples. *Development and Psychopathology* 2015;27(3):649-661.

21. Sagi A, Koren-Karie N, Gini M, Ziv Y, Joels T. (2002). Shedding further light on the effects of various types and quality of early child care on infant-mother attachment relationship: The Haifa Study of Early Child Care. *Child Development* 2002;73(4):1166.

22. Harrison LJ, Ungerer JA. Maternal employment and infant-mother attachment security at 12 months postpartum. *Developmental Psychology* 2002;38(5):758-773.

23. Cárcamo RA, Van IJzendoorn MH, Vermeer HJ, Van Der Veer R. The validity of the Massie-Campbell Attachment During Stress Scale (ADS). *Journal of Child and Family Studies* 2014;23(5):767–775. doi:10.1007/s10826-013-9728-z

24. Belsky J, Bakermans-Kranenburg M, van Ijzendoorn M. For Better and for worse: Differential susceptibility to environmental influences. *Current Directions in Psychological Science* 2007;16(6):305-309.

25. Belsky J, Pluess M. Beyond risk, resilience and dysregulation: Phenotypic plasticity and human development. *Development and Psychopathology* 2013;25(4 Pt 2):1243-1261.

26. Belsky J, Van IJzendoorn MH. Genetic differential susceptibility to the effects of parenting. *Current Opinion in Psychology* 2017;15:125-130.

27. Pluess M, Belsky J. Differential susceptibility to rearing experience: the case of childcare. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009:50(4):396-404.

Les origines de la sécurité de l’attachement dans les services de garde et à la maison : Commentaires sur Belsky

Ross A. Thompson, Ph.D.

University of California, Davis, États-Unis

Février 2021, Éd. rév.

Introduction

L’expérience en milieu de garde présente des possibilités qui favorisent le développement, mais comporte aussi des risques pour les jeunes enfants. De plus en plus d’études révèlent que les enfants qui ont fréquenté des services de garde ont, une fois entrés à l’école, de meilleures habiletés cognitives et compétences langagières et mathématiques, surtout si les services étaient de haute qualité. Toutefois, les mêmes recherches indiquent aussi que les services de garde peuvent constituer un facteur de risque de comportements sociaux problématiques avec les adultes et les autres enfants. Il est également important de mentionner que ces recherches ont également fait ressortir les facteurs qui peuvent modérer les risques, dont la qualité des services, le milieu, l’âge de l’enfant lorsque celui-ci commence à fréquenter le service de garde, le temps qu’il y passe, les relations de l’enfant avec les prestataires de soins, et même l’expérience en milieu de garde de ses pairs.[1,2,3,4] Partant d’une question simple, soit « quels sont les effets de l’expérience en service de garde sur le développement des enfants? », les chercheurs se sont ensuite intéressés à des questions plus complexes portant sur les milieux de garde et d’autres facteurs jouant sur le développement. Comme le montre l’analyse de Belsky,[5] la fréquentation des services de garde en bas âge produit également des effets sur la qualité du lien d’attachement entre la mère et le nourrisson.

Recherche et conclusions

Quel est le facteur le plus important pour déterminer si le lien d’attachement que les nourrissons et les jeunes enfants développent avec leur mère est sécurisant? Que les enfants fréquentent ou non des services de garde, les recherches montrent constamment que ce qui prime, c’est la sensibilité maternelle. La documentation à ce sujet confirme essentiellement l’hypothèse au cœur de la théorie sur l’attachement. Que la qualité des soins prodigués aux jeunes enfants ou

aux nourrissons soit bonne ou moins bonne, qu'ils fréquentent un service de garde depuis un très jeune âge, qu'ils aient changé souvent ou seulement à quelques reprises de milieu de garde ou qu'ils soient à l'extérieur de chez eux pendant de longues heures, la qualité de l'attachement mère-nourrisson repose principalement sur la sensibilité maternelle.

Lorsque les mères sont réceptives de façon sensible aux besoins de leurs enfants, ceux-ci sont plus susceptibles de développer un lien d'attachement sécurisant. Lorsqu'elles sont insensibles, les enfants risquent plutôt de devenir anxieux et c'est alors, (comme Belsky le souligne[5]), que le stress qu'ils vivent dans le milieu du service de garde peut accroître l'insécurité de ces enfants. Quand la relation mère-nourrisson est compromise, les enfants sont plus susceptibles de devenir anxieux si les services de garde sont de piètre qualité, s'ils y passent beaucoup de temps ou s'ils en changent souvent. Par contre, si les mères sont sensibles aux besoins de leurs enfants, ces processus liés au service de garde n'ont pas une incidence très marquante sur l'enfant.

La sensibilité maternelle et la qualité de l'expérience des services de garde ne sont, bien évidemment, pas indépendants l'un de l'autre. Les mères risquent d'être moins sensibles aux besoins de leur enfant lorsqu'elles sont stressées, et les facteurs de stress de nature économique et sociale sont souvent associés dans une famille à la piètre qualité des soins donnés aux enfants, y compris un roulement des prestataires de soins et de longues heures passées en dehors de la maison. De fait, l'étude américaine intitulée Study of Early Child Care and Youth Development (SECCYD) du National Institute of Child Health and Human Development (NICHD),[7] a révélé qu'il existe un lien entre la piètre qualité des services de garde, le nombre élevé d'heures que les enfants sont tenus d'y passer et une sensibilité maternelle moindre. D'autres résultats de la SECCYD du NICHD[8] laissent entendre que des services de garde de haute qualité peuvent compenser les effets du manque de sensibilité de la mère. Les jeunes enfants qui bénéficient de services de garde de haute qualité reçoivent le soutien qu'ils ne trouvent peut-être pas ailleurs, ce qui peut être particulièrement important sur le plan du développement des nourrissons et des jeunes enfants qui vivent avec l'insensibilité maternelle et des tensions familiales. Malheureusement, comme les services de garde sont généralement de mauvaise qualité aux États-Unis et qu'il existe un lien étroit entre la qualité des services et leur coût, il est difficile pour les familles qui nécessitent les meilleurs soins possibles d'en trouver qui soient abordables.[9] C'est là que des politiques publiques générales qui encouragent l'investissement dans le développement des jeunes enfants peuvent aider ces familles à trouver les services qu'ils désirent à un coût qui leur convient.

En général, les services de garde n’ont pas de répercussions importantes sur l’attachement des enfants.[10] Si on les compare aux soins maternels, en particulier, ils n’influent pas beaucoup sur l’attachement entre le nourrisson et la mère, ce qui ne veut pas dire que leur effet est négligeable, surtout lorsqu’il est considéré sur le plan du développement et en termes de population. En fait, il faut plutôt comprendre que les services de garde doivent être envisagés non seulement dans un modèle direct ou d’effets principaux mais aussi comme exerçant des effets modérateurs (et parfois médiateurs) et que l’expérience de l’enfant en service de garde peut elle-même avoir une incidence modératrice sur d’autres facteurs développementaux. Comme il a été mentionné précédemment, le lien entre les services de garde et l’attachement parent-enfant peut dépendre, par exemple, de la sensibilité maternelle, de la qualité du service de garde, de la présence d’autres facteurs de stress au sein de la famille et d’autres influences. De plus, comme le souligne Belsky, d’autres valeurs socioculturelles plus vastes peuvent aussi agir sur ce lien, par exemple les valeurs ayant trait à la garde des très jeunes enfants à l’extérieur du foyer, à la participation des femmes au marché du travail, à la nouvelle réalité des ménages où les deux parents travaillent et à la mesure dans laquelle les services de garde sont soit perçus comme favorisant le développement de l’enfant, soit comme un simple service de « surveillance ». De plus, les résultats de l’étude SECCYD du NICHD[11] montrent que ces services ont un effet modérateur sur le lien qui existe entre la réceptivité maternelle et la sécurité de l’attachement: lorsque les services de garde sont médiocres, les enfants sont plus touchés par la qualité de la sensibilité maternelle que dans les services de garde de haute qualité. Cette constatation cadre avec l’idée que d’excellents services de garde peuvent amortir les effets négatifs de l’insensibilité maternelle sur la sécurité de l’attachement. Les recherches sur les effets de l’expérience en milieu de garde sur l’attachement enfant-parent gagneraient à accorder une plus grande importance à ce type de portraits exhaustifs du développement.[12]

Le fait que les jeunes enfants développent également un attachement envers leurs intervenants en petite enfance complique davantage la compréhension des effets de la fréquentation des services de garde. En effet, la sécurité de ces relations est fondée sur la sensibilité de l’intervenant en petite enfance, et cette sécurité présage certains résultats développementaux identiques à ceux associés à l’attachement entre la mère et l’enfant.[13] Il s’agit d’une donnée importante, car il est de plus en plus évident que le milieu de garde est un environnement stressant pour les enfants, surtout pour les plus petits,[14] une préoccupation souvent exprimée par le passé par les pionniers du développement des services de garde pour nourrissons et tout-petits aux États-Unis et en Europe.[15] Dans ce contexte, une relation sécuritaire avec les

intervenants en milieu de garde, ainsi qu'avec la mère, pourrait amoindrir le stress et contribuer aux résultats positifs également associés à la fréquentation des services de garde.[16]

Enfin, il est important de reconnaître que de nombreux facteurs influencent la sécurité de l'attachement entre le nourrisson et la mère. Une des raisons pour lesquelles l'expérience en milieu de garde explique si peu de la variance dans la sécurité de l'attachement est que la sensibilité maternelle est le premier déterminant du type d'attachement, en plus du fait qu'indépendamment des soins de la mère, d'autres influences entrent en ligne de compte. Une étude menée auprès de familles pauvres[17] a révélé, par exemple, que les conséquences des difficultés économiques (comme le chômage ou un manque d'éducation) sur la sécurité de l'attachement étaient atténuées par la sensibilité maternelle, ce qui concorde avec le point de vue selon lequel les tensions au sein de la famille aggravent le manque de sensibilité parentale, minant ainsi la sécurité de l'attachement. Toutefois, le stress émotionnel (comme la violence conjugale ou les problèmes de toxicomanie au sein de la famille) était un autre type d'expérience stressante directement associé à l'attachement, indépendamment de la sensibilité maternelle. En tenant compte des différences concernant la sensibilité maternelle, on a remarqué qu'une ambiance familiale où le stress affectif est élevé est associée à l'insécurité chez l'enfant. Pour comprendre les répercussions des services de garde, il faut prendre en considération les multiples facteurs influant sur le développement qui se chevauchent, avec parfois un effet en cascade, et qui contribuent au développement de liens d'attachement.

Répercussions sur le développement et les politiques

À la lumière de ces considérations, il est évident qu'il existe un lien entre l'expérience de l'enfant en milieu de garde et les relations d'attachement, mais ce lien est très souvent faible et indirect. L'incidence des services de garde doit être examinée à la lumière des nombreuses autres influences qui agissent sur le développement, du fonctionnement familial et de valeurs culturelles globales relatives aux soins prodigués à l'extérieur de la maison. Comme l'indique Belsky[5] dans sa conclusion, les services de garde n'ont probablement aucun effet inévitable sur l'attachement.

Par contre, lorsque les services de garde sont examinés dans le contexte plus général des facteurs qui contribuent au développement d'un lien d'attachement sécurisant ou insécurisant entre le nourrisson et sa mère, il y a tout de même des répercussions importantes pour les politiques. Si des services de garde de haute qualité peuvent potentiellement atténuer les effets

sur les nourrissons et les jeunes enfants d'un manque de sensibilité parentale et des tensions familiales, il semble légitime qu'on cherche à améliorer la qualité des services qu'on offre habituellement aux enfants provenant de milieux familiaux en difficulté. La validité de cette idée est supportée par les conclusions établies dans la recherche sur les services de garde qui montre nettement que des services de haute qualité renforcent aussi les habiletés cognitives ainsi que les compétences mathématiques et langagières chez les jeunes enfants. À la fin de son article, Belsky[5] demande aux personnes qui évaluent les effets des services de garde de considérer ce que veulent les enfants; la meilleure réponse à cette question, celle qui est la plus logique est : l'accès à des services abordables et de grande qualité. Heureusement, l'importance du bon développement en bas âge pour la réussite scolaire ultérieure des enfants est largement reconnue (reconnaissance favorisée par les progrès en neurosciences du développement et les études sur les bienfaits à long terme que procurent les services de garde de haute qualité); l'opinion publique sur la qualité des services de garde soutient de plus en plus que le milieu du service de garde exerce une influence importante sur le développement de l'enfant ce qui justifie l'investissement public.

En ce qui concerne la recherche sur le développement, les découvertes de nombreux travaux sur l'incidence des services de garde effectués à grande échelle font ressortir un ensemble complexe et multidimensionnel de facteurs qui agissent sur le développement socio-affectif et cognitif dès les premières années. Considérer les services de garde comme un réseau d'influences qui façonnent le développement et qui peuvent atténuer ou exacerber d'autres facteurs dans la vie d'un jeune enfant est une orientation intéressante pour la prochaine génération de recherche dans ce domaine.

Références

1. NICHD Early Child Care Research Network. *Child care and child development: Results of the NICHD Study of early child care and youth development*. New York, NY: Guilford Press; 2005.
2. Vandell DL, Belsky J, Burchinal M, Steinberg L, Vandergrift N, the NICHD Early Child Care Research Network. Do effects of early child care extend to age 15 years? *Child Development* 2010;81(3):737-756.
3. Love M, Harrison L, Sagi-Schwartz A, van IJzendoorn MH, Ross C, Ungerer JA, Raikes H, Brady-Smith C, Boller K, Brooks-Gunn JC, Constantine J, Kisker EE, Paulsell D, Chazen-Cohen R. Child care quality matters: How conclusions may vary with context. *Child Development* 2003;74(4);1021-1033.
4. Dmitrieva J, Steinberg L, Belsky J. Child-Care History, Classroom composition, and children's functioning in kindergarten. *Psychological Science* 2007;18(12):1032-1039.
5. Belsky J. Early day care and infant-mother attachment security. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2009:1-6. Available at: http://www.child-encyclopedia.com/documents/BelskyANGxp-Attachment.pdf.

Accessed July 29, 2010.

6. Fearon RMP, Belsky J. Precursors of attachment security. In: Cassidy J, Shaver, PR, eds. *Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications*. 3rd Ed. New York, NY: Guilford Press; 2016:291-313.
7. NICHD Early Child Care Research Network. Child care and mother-child interaction in the first 3 years of life. *Developmental Psychology* 1999;35(6):1399-1413.
8. NICHD Early Child Care Research Network. The effects of infant child care on infant-mother attachment security: Results of the NICHD Study of Early Child Care. *Child Development* 1997;68(5):860-879.
9. Hayes CD, Palmer JL, Zaslow MJ, eds. *Who cares for America's children? Child care policy for the 1990s*. Washington, DC: National Academy Press, 1990.
10. Friedman SL, Boyle DE. Attachment in US children experiencing nonmaternal care in the early 1990s. *Attachment & Human Development* 2008;10(3):225-261.
11. NICHD Early Child Care Research Network. The effects of infant child care on infant-mother attachment security: Results of the NICHD Study of Early Child Care. *Child Development* 1997;68(5):860-879.
12. Thompson RA. Measure twice, cut once: Attachment theory and the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development. *Attachment & Human Development* 2008;10(3):287-297.
13. Ahnert L. Attachment to child care providers. In: Thompson RA, Simpson JA, Berlin LJ, eds. *Attachment: The fundamental questions*. New York: Guilford. In press.
14. Vermeer HJ, van IJzendoorn MH. Children's elevated cortisol levels at daycare: A review and meta-analysis. *Early Childhood Research Quarterly* 2006;21(3):390-401.
15. Singer E Wong S. Emotional security and daycare for babies and toddlers in social-political contexts: Reflections of early years pioneers since the 1970s [published online May 29, 2019]. *Early Child Development and Care*. doi:10.1080/03004430.2019.1622539
16. Badanes LS, Dmitreva J, Watamura SE. Understanding cortisol reactivity across the day at child care: The potential buffering role of secure attachments to caregivers. *Early Childhood Research Quarterly* 2012;27(1):156-165.
17. Raikes HA, Thompson RA. Links between risk and attachment security: Models of influence. *Applied Developmental Psychology* 2005;26(4):440-445.

Intervention axée sur l’attachement et évaluation dans le contexte de la maltraitance : un commentaire sur Bakermans-Kranenburg et van IJzendoorn

[1,2]**Chantal Cyr, Ph.D.,** [3,4]**Karine Dubois-Comtois, Ph.D. & psychologue,** [2,5]**Katherine Pascuzzo, Ph.D.**

[1]Université du Québec à Montréal, [2]CIUSSS du Centre-Sud-de-l’Île-de-Montréal, [3]Université du Québec à Trois-Rivières, [4]CIUSSS du Nord-de-l’Île-de-Montréal, [5]Université de Sherbrooke, Canada

Novembre 2020

Introduction

Dans leur article intitulé *Attachment security and disorganization in maltreating families and institutionalized care*, (« Attachement sécurisé et désorganisé dans les familles maltraitantes et en milieu institutionnel »), Bakermans-Kranenburg et van IJzendoorn établissent clairement que de plus amples études doivent être déployées sur les effets des programmes de soutien destinés aux parents sur l’amélioration de la qualité de vie des enfants maltraités.[1] En effet, de telles études sont d’une importance cruciale si nous souhaitons nous assurer du traitement adéquat des besoins spécifiques de ces enfants, à l’instar de ceux des travailleurs des services de protection de la jeunesse (SPJ) qui dispensent directement ces programmes aux familles.

Généralement, les SPJ ont deux fonctions essentielles : 1) l’Évaluation des capacités parentales (ECP) pour orienter les décisions relatives au placement de l’enfant; et 2) des services d’Intervention pour protéger l’enfant, favoriser son bon développement et réhabiliter le parent. L’intervention comporte divers types de services qui, en fonction de la sévérité des cas et des décisions judiciaires, peuvent osciller entre l’octroi de services directement dans le foyer familial, jusqu’à la garde de l’enfant hors du foyer. Dans ce premier type d’intervention, les services familiaux visent à améliorer les capacités parentales et à diminuer la récurrence de la maltraitance. Que l’enfant reste avec ses parents ou leur soit retiré, l’objectif fondamental des SPJ est de préserver ou de réunifier les familles, sauf si la garde parentale ne garantit pas la sécurité de l’enfant.[2]

Au cours des dernières années, de nombreuses études ont été menées pour examiner les effets du soutien apporté aux parents maltraitants et à leurs enfants, ainsi que l'impact des protocoles de traitement déployés à leur égard; les interventions axées sur l'attachement ont abouti à des effets positifs sur le bien-être des parents et des enfants.[3] Néanmoins, on ne peut pas en dire autant des protocoles des SPJ axés sur l'attachement, étant donné que ces études n'en sont qu'à leurs balbutiements. Cependant, les dernières avancées dans le domaine de l'attachement étayent la validité des fondements inhérents à la théorie de l'attachement, tant au niveau de l'évaluation qu'à celui de l'intervention.[4] Dans ce commentaire, nous récapitulons brièvement les résultats des précédentes études consacrées à l'attachement, dans ces deux domaines spécifiques (les SPJ et l'intervention), nous définissons les questions de recherche importantes pour les études à venir et nous appuyons ce qui, selon nous, constitue l'ingrédient essentiel à la réussite des pratiques axées sur l'attachement dans le contexte de la maltraitance de l'enfant.

Intervention axée sur l'attachement

Un nombre considérable d'études ont évalué les protocoles d'intervention axée sur l'attachement, à court et à long terme, chez les parents maltraitants et leurs enfants.[3] Jusqu'à présent, tous les protocoles conduisent à des changements notables dans le fonctionnement des parents et des enfants. Par exemple, en instaurant le programme Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC) auprès de dyades parents maltraitants/enfants, dans un plan d'essai contrôlé randomisé (ECR), les chercheurs ont découvert que les enfants appartenant au groupe bénéficiant d'une intervention ABC exprimaient des niveaux inférieurs d'affect négatif lors d'une tâche difficile. En outre, une proportion supérieure d'enfants présentait un attachement sécurisé après les évaluations par rapport à ceux du groupe témoin.[5,6] Notre évaluation du programme Attachment Video-feedback Intervention (AVI, intervention par rétroaction vidéo axée sur l'attachement; ECR) dans la dyade parents maltraitants/enfants a mis en évidence une augmentation de la sensibilité maternelle et de la sécurité de l'attachement de l'enfant, de meilleurs développements intellectuel et moteur et une diminution de la désorganisation de l'attachement et des problèmes comportementaux de l'enfant, dans le groupe traité par AVI.[7,8] Grâce au programme Video feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD; ECR), les mères à très haut risque de maltraitance, associées, à l'admission, aux niveaux de stress les plus élevés quant à leur rôle de parent ont présenté des baisses supérieures par rapport aux autres parents.[9] Le Video Interaction Guidance (VIG; essai ni contrôlé ni randomisé) quant à lui a été prodigué aux parents en centre de traitement à demeure,

à haut risque de perdre la garde de leur enfant.[10] Cette étude de faible envergure a dévoilé que l'attention et la sensibilité parentales augmentaient chez les parents assignés au groupe d'intervention, mais diminuaient chez ceux du groupe témoin.

Le point commun entre tous ces protocoles est qu'ils ciblent la relation parent/enfant et l'inclusion à la fois du parent et de l'enfant lors des séances d'intervention. De même, l'ensemble de ces protocoles est axé sur les forces et est fondé sur l'hypothèse que les commentaires positifs personnalisés transmis aux parents (que ce soit des rétroactions positives vidéo ou instantanées) améliorent la sensibilité parentale et le fonctionnement de l'enfant. Toutefois, jusqu'à présent, nous en avons encore beaucoup à apprendre sur les mécanismes qui permettent d'expliquer les effets du traitement observés et les conditions sous lesquelles il est le plus efficace. De plus, concernant les résultats de l'intervention spécifique du contexte de la maltraitance, il convient d'envisager l'examen des risques de placement de l'enfant et de la récurrence de la maltraitance lors de la conduite d'études complémentaires.

Conditions idéales à la réussite du traitement. Un faible nombre d'études axées sur l'attachement ont récemment suggéré que les caractéristiques ou difficultés propres au parent et à l'enfant pourraient nuire à l'efficacité du traitement. Plus particulièrement, les parents maltraitants sont susceptibles de souffrir de psychopathologie, d'avoir subi des maltraitances et des traumatismes pendant leur enfance, de présenter des niveaux de stress supérieurs et de n'avoir accès qu'à un faible soutien social.[11,12] Tarabulsy et coll. ont déterminé que les mères associées aux niveaux le plus élevés de symptômes d'ordre psychiatrique profitaient davantage du programme AVI par rapport à celles présentant les niveaux les plus bas à l'admission.[13] Steele et coll. ont démontré que le programme Group Attachment-Based Intervention (GABI; ECR), instauré auprès de mères à très haut risque de maltraitance, était moins efficace sur le plan de l'amélioration de la coordination dyadique pour les mères ayant vécu un taux élevé d'expériences négatives pendant l'enfance comparativement à celles pour qui ce taux était bas.[14] De manière similaire, nous avons récemment démontré, dans un échantillon de parents ayant des signalements de maltraitance validés, que ceux parmi le groupe AVI dont les niveaux de traumatisme au cours de l'enfance étaient plus sévères démontraient des améliorations inférieures sur le plan de l'interaction parent-enfant par rapport aux parents AVI ayant subi des traumatismes moins graves au cours de l'enfance.[15]

En bref, les résultats des études suggèrent que les interventions axées sur l'attachement sont efficaces chez les parents maltraitants; néanmoins, il serait nécessaire d'apporter des

ajustements aux protocoles pour certains parents, particulièrement ceux ayant subi des traumatismes sévères. Des interventions plus soutenues sont-elles nécessaires chez ce type de parents? Une approche axée sur les traumatismes serait-elle utile? De plus amples études doivent être conduites pour identifier d'autres facteurs potentiels modulant les effets de l'intervention, et pour développer des stratégies d'intervention personnalisées pour ces familles aux besoins spécifiques.

La récurrence de la maltraitance et des placements de l'enfant définie comme critère de traitement. Le taux de récurrence du signalement de maltraitance et de placement de l'enfant sont des indicateurs importants de la réussite de l'intervention dans un contexte de maltraitance. Cependant, le nombre d'études axées sur l'attachement examinant les effets du traitement sur ces résultats est infime et celles-ci ont conduit à des résultats mitigés. Par exemple, Cyr et coll. (ECR) n'ont mis en évidence aucun changement des taux de ces deux indicateurs immédiatement après l'intervention AVI, et pendant une période allant jusqu'à un an.[16] Toutefois, dans leur étude, Tarabulsy et coll. (sans ECR) ont rapporté des taux inférieurs de placement d'enfant pour ceux dont les parents avaient été exposés au programme AVI.[13] Afin de mieux informer les SPJ et contribuer à protéger les enfants, la communauté scientifique dédiée à l'attachement est confrontée à un besoin urgent d'apporter des données plus précises sur les taux de récurrence du signalement de maltraitance et de placement de l'enfant au cours des mois (même des années) consécutifs à une intervention axée sur l'attachement. De plus amples études de longue durée et consacrées à l'intervention axée sur l'attachement sont nécessaires dans ce domaine.

Évaluations axées sur l'attachement des capacités des parents à assumer leur rôle pour orienter les décisions en matière de placement

Lorsque les SPJ justifient un cas de maltraitance, les travailleurs en services sociaux individualisés commencent par vérifier si les parents répondent aux normes minimales de prise en charge de leur enfant. La réponse à cette question est cruciale, car les enfants de parents jugés inaptes doivent être placés hors du foyer pour assurer leur sécurité. Ainsi, pour répondre à cette question, particulièrement dans les cas d'enfants où les risques associés au placement dépassent ceux de rester sous la garde de leurs parents, les travailleurs en services sociaux individualisés demandent une évaluation des capacités parentales (ECP). Cette évaluation permet de documenter la compétence des parents à assurer la sécurité physique et affective de leurs enfants, ainsi que leurs capacités à s'améliorer dans leur rôle de parents.[17,18] Dès lors, en

s’appuyant sur les résultats de l’ECP, les travailleurs en services sociaux individualisés peuvent formuler des recommandations qui soutiennent les juges dans leur processus de prise de décision quant au placement de l’enfant. Les ECP qui dressent un portrait des aptitudes des parents et de leurs difficultés servent également à la planification de l’intervention pour les cas où l’enfant reste sous la garde de ses parents.

Il a été avancé que des ECP de bonne qualité devraient viser l’évaluation de plusieurs facteurs de risque et protecteurs quant à l’attention que portent les parents à leur enfant et le placement de ce dernier. De tels facteurs sont associés aux valeurs culturelles des parents, à leur appartenance communautaire, à leurs ressources financières et psychologiques, à leurs antécédents de maltraitance et à la qualité de leur réseau de soutien social.[19,20] Un autre renseignement important fourni par les ECP est la possibilité d’amélioration des parents dans leur rôle. À cette fin, l’ajout d’une courte intervention axée sur l’attachement au protocole d’ECP conviendrait parfaitement.

Deux études récentes, la première conduite par van der Asdonk et ses collaborateurs[21] aux Pays-Bas, et la deuxième réalisée par notre groupe situé au Canada (Cyr et al.),[16] ont examiné la pertinence d’un protocole ECP selon une formation parent-enfant par rétroaction vidéo, à titre de composante intégrée de l’intervention pour déterminer les possibilités d’amélioration des parents à assumer leur rôle. Néanmoins, des résultats obtenus ont été contradictoires. L’étude ECR effectuée par van der Asdonk et coll. a révélé que l’implantation d’une composante VIPP dans le cadre d’une intervention axée sur l’attachement à une ECP ne permettait pas d’améliorer la qualité des prises de décisions relatives au placement de l’enfant.[21] Plus précisément, suite au déploiement du protocole ECP-VIPP, les travailleurs du groupe cible ne se sentaient pas plus en confiance quant à leurs recommandations émises au sujet du placement de l’enfant. Les auteurs ont soutenu que les évaluateurs participant à leur étude ne pouvaient pas s’appuyer sur un protocole d’évaluation normalisé en raison de leur appartenance à des cliniques distinctes. Par conséquent, en dépit de l’utilisation d’une VIPP par tous les évaluateurs, leurs méthodes d’évaluation et de pondération des autres facteurs de risque et protecteurs pourraient diverger. Ces facteurs liés au système familial sont susceptibles d’influencer la capacité des parents à assumer la garde de l’enfant et à changer, et ainsi, de modifier la perception des évaluateurs des parents. Dans l’étude ECR conduite par Cyr et coll.[16] nous nous sommes intéressés à différents résultats. Nous avons déterminé que les conclusions tirées par les travailleurs en AVI étaient que les capacités minimales du parent à assumer la garde de son enfant suite au protocole ECP-AVI

étaient des facteurs de prédiction de la récurrence du signalement de maltraitance de l'enfant dans l'année consécutive à l'ECP, tandis que celles du groupe témoin ne l'étaient pas. Nous avons conclu que recourir à de courtes interventions axées sur l'attachement visant à déterminer les capacités d'améliorations des parents à assumer leur rôle (associées à une évaluation normalisée d'autres facteurs de prédiction et du risque parental) constitue un outil prometteur pour pouvoir orienter les décisions relatives au placement de l'enfant. En raison du manque de recherches dans ce domaine, de plus amples études sont nécessaires pour confirmer ces résultats et mieux renseigner les SPJ sur le recours acceptable et la mauvaise utilisation des outils axés sur l'attachement dans le contexte de la maltraitance.

Conclusions

La formation à la théorie de l'attachement et l'observation sont les ingrédients clés de la réussite

Sur la base de nos travaux fondés sur l'AVI, nous plaidons en faveur de l'importance de la formation à la théorie de l'attachement et de l'observation. Selon nous, la formation des travailleurs à développer des aptitudes observationnelles pointues par la théorie de l'attachement est un ingrédient essentiel à une compréhension plus affinée des dynamiques positives et négatives de l'interaction parent-enfant, une condition fondamentale à des évaluations et à des interventions efficaces dans les groupes d'individus maltraitants. En outre, nous pensons qu'une formation adéquate doit systématiquement comporter une supervision régulière par des travailleurs des services sociaux. La supervision est le noyau de l'adéquation des nouvelles pratiques exercées par les travailleurs et doit perdurer (à une fréquence variable), une fois la formation terminée. À cette fin, nous avons mis au point, en collaboration avec d'autres chercheurs et experts cliniques dans ce domaine, un ensemble de pratiques destiné aux professionnels formés à la théorie de l'attachement et aux AVI. La *Community of practice on Attachment and Relational intervention* (CARE, communauté de pratiques sur l'attachement et l'intervention relationnelle) de Montréal offre, sur une base mensuelle, une supervision consacrée à des groupes de professionnels afin de promouvoir et assurer la formation continue. Dans le contexte particulier des SPJ, en augmentant les habiletés des travailleurs en services sociaux individualisés à identifier l'aptitude suffisante des parents à assumer leur rôle ainsi que leurs capacités à apporter des changements positifs, notre espoir est d'améliorer les recommandations émises en faveur d'un placement dans le meilleur intérêt de l'enfant.

Références

1. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. Attachment Security and Disorganization in Maltreating Families and in Institutionalized Care. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. van IJzendoorn MH, topic ed. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. http://www.child-encyclopedia.com/attachment/according-experts/attachment-security-and-disorganization-maltreating-families-and. Updated July 2020. Accessed September 18, 2020.
2. Hélie S, Turcotte D, Trocmé N, Tourigny M. Étude d'incidence québécoise sur les signalements évalués en protection de la jeunesse en 2008. Rapport final. Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2012.
3. Steele H, Steele M, eds. *Handbook of attachment-based interventions*. New York, NY: Guilford Publications; 2018.
4. Cyr C, Alink LR. Child maltreatment: the central roles of parenting capacities and attachment. *Current Opinion in Psychology* 2017;15:81-86.
5. Bernard K, Dozier M, Bick J, Lewis-Morrarty E, Lindhiem O, Carlson E. Enhancing attachment organization among maltreated children: Results of a randomized clinical trial. *Child Development* 2012;83(2):623-636.
6. Lind T, Bernard K, Ross E, Dozier M. Intervention effects on negative affect of CPS-referred children: Results of a randomized clinical trial. *Child Abuse & Neglect* 2014;38:1459-1467
7. Moss E, Dubois-Comtois K, Cyr C, Tarabulsy GM, St-Laurent D, Bernier A. Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and Psychopathology* 2011;23:195-210.
8. Dubois-Comtois K, Cyr C, Tarabulsy GM, St-Laurent D, Bernier A, Moss E. Testing the limits: Extending attachment-based intervention effects to infant cognitive outcome and parental stress. *Development and Psychopathology* 2017;29:565-574.
9. Pereira M, Negrão M, Soares I, Mesman J. Decreasing harsh discipline in mothers at risk for maltreatment: a randomized control trial. *Infant Mental Health Journal* 2014;35(6):604-613.
10. Kennedy H, Landor M, Todd L. Video Interaction Guidance as a method to promote secure attachment. *Educational and Child Psychology* 2010;27:59-72.
11. Stith SM, Liu T, Davies LC, Boykin EL, Alder MC, Harris JM, Som A, McPherson M, Dees JEMEG. Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior* 2009;14:13-29.
12. Madigan S, Cyr C, Eirich R, Fearon RMP, Ly A, Rash C, Poole JC, Alink LRA. Testing the cycle of maltreatment hypothesis: Meta-analytic evidence of the intergenerational transmission of child maltreatment. *Development and Psychopathology* 2019;31(1):23-51.
13. Tarabulsy GM, Baudry C, Pearson J, Milot T, Cyr C, Provost MA, Lemelin. Implementation and effectiveness evaluation of the Attachment Video-Feedback Intervention strategy in five child protection settings in Quebec. Symposium presented at the International Attachment Conference, July 20, 2019; Vancouver, BC, Canada
14. Steele H, Murphy A, Bonuck K, Meissner P, Steele M. Randomized control trial report on the effectiveness of Group Attachment-Based Intervention (GABI©): Improvements in the parent–child relationship not seen in the control group. *Development and psychopathology* 2019;31(1):203-217.
15. van der Asdonk S, Cyr C, Alink L. Improving parent–child interactions in maltreating families with the Attachment Video-feedback Intervention: Parental childhood trauma as a moderator of treatment effects. *Attachment & Human Development* 2020;1-21.
16. Cyr C, Dubois-Comtois K, Paquette D, Lopez L, Bigras M. An Attachment-Based Parental Capacity Assessment to Orient Decision-making in Child Protection Cases. *Child Maltreatment.* 2020. Accepted manuscript.
17. Budd KS. Assessing parenting competence in child protection cases: A clinical practice model. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2001;4(1):1-18.

18. Harnett PH. A procedure for assessing parents' capacity for change in child protection cases. *Children and Youth Services Review* 2007;29(9):1179-1188.

19. Houston S. Assessing parenting capacity in child protection: towards a knowledge-based model. *Child & Family Social Work* 2016;21(3):347-357.

20. Steinhauer PD, Leitenberger M, Manglicas E, Pauker JD, Smith R, Goncalves L. Assessing Parenting Capacity: Manual. The Institute for the Prevention of Child Abuse, Toronto. 1995.

21. van der Asdonk S, de Haan WD, van Berkel SR, van IJzendoorn MH, Rippe RC, Schuengel C, Kuiper C, Lindauer RJL, Overbeek M, Alink LRA. Effectiveness of an attachment-based intervention for the assessment of parenting capacities in maltreating families: A randomized controlled trial. *Infant Mental Health Journal*. 2020;41(6):821-835.

©2007-2025 ABILIO | ATTACHEMENT